

Escola Superior de Saúde de Santarém

**A PERSPETIVA DAS MULHERES GUINEENSES SOBRE OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PARTO, EM PORTUGAL**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Cláudia Vidal Guedes Lopes

Orientação:

Professora Açucena Guerra

Santarém, dezembro de 2024

“Há mulheres que trazem o mar nos olhos
Não pela cor
Mas pela vastidão da alma

E trazem a poesia nos dedos e nos sorrisos
Ficam para além do tempo
Como se a maré nunca as levasse
Da praia onde foram felizes”

-

Sophia de Mello Breyner Andresen

AGRADECIMENTOS

Este percurso só seria possível com a presença de Deus, do Seu amor e graça, na minha vida, todos os dias. Por isso, o meu primeiro agradecimento é dirigido a Ele.

Agradeço com muito amor ao meu marido Pedro, por acreditar em mim e me apoiar em cada passo dado. Por me lembrar o porquê de ter começado quando, com o cansaço, eu colocava tudo em causa. Por aguardar pacientemente nas minhas ausências. E por me mostrar que tem um orgulho enorme em mim e na enfermeira em que me tornei ao longo deste percurso.

À minha família, aos meus pais, sogra e avós, obrigada por perceberem a ausência e por me incentivarem neste caminho. Obrigada por cada refeição preparada, por cada roupa lavada e cuidado prestado, quando eu não tinha tempo nem disposição para cuidar de mim.

A todas as professoras que sempre estiveram prontas a ajudar. Um especial obrigado à Professora Açucena Guerra, que esteve comigo durante o ano mais desafiante da minha vida até agora. Que partilhou tantos conhecimentos e, mais do que isso, me apoiou nos momentos difíceis de exaustão, sempre com palavras carinhosas e de incentivo. Obrigada por ajudar (e muito!) na realização deste trabalho.

A todas as minhas orientadoras do estágio, que sempre se mostraram disponíveis para ajudar e que estabeleceram comigo uma relação de grande confiança e respeito. Sem elas não era, definitivamente, a mesma coisa. Obrigada por fazerem de mim a futura EEESMO que serei.

Às minhas colegas da especialidade, especialmente à Catarina e à Mónica, obrigada meninas, pelo companheirismo e entre ajuda que sempre existiu entre nós. Obrigada pelos desabafos e confissões, foi duro, mas está feito!

O caminho faz-se caminhando.... Sim, é verdade, mas com as pessoas certas faz-se caminhando com maior facilidade e felicidade.

ABREVIATURAS/ACRÓNIMOS/SIGLAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

BP - Bloco de Partos

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção Geral de Saúde

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EC - Ensino Clínico

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

HPV - Vírus do Papiloma Humano

ICM - International Confederation of Midwives

IG - Idade Gestacional

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

IMC - Índice de Massa Corporal

ITP - Indução do Trabalho de Parto

JBI - Joana Briggs Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIM – Organização Internacional para as Migrações

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCC - Participantes, Conceito e Contexto

PF - Planeamento Familiar

RN - Recém-nascido

ScR - Scoping Review

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUOG - Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TP - Trabalho de Parto

UC - Unidade Curricular

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Atualmente, o número crescente de mulheres a viver a maternidade em contexto multicultural e migratório é uma realidade inegável. Todavia, o conhecimento sobre a qualidade e eficácia do acesso das imigrantes aos cuidados de saúde, especialmente no que respeita às maternidades, é ainda escasso em Portugal. As mulheres guineenses representam uma grande percentagem de imigrantes em Portugal, pelo que, se torna uma necessidade e um desafio para um cuidado culturalmente sensível e respeitoso por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Este relatório pretende descrever o percurso académico referente à unidade curricular Estágio e Relatório em Saúde Materna e Obstétrica e ainda, compreender a perspetiva das mulheres imigrantes guineenses, acerca dos cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no momento do parto, em Portugal e conhecer os aspetos, por estas, valorizados ou não no parto. Para a compreensão do fenómeno, após a realização da síntese de evidência, foi elaborado um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, recorrendo a uma entrevista semiestruturada.

Os resultados obtidos, tanto no mapeamento da evidência científica, como na investigação realizada, são concordantes em relação à importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica e o potencial que este representa na perspetiva e na experiência positiva do parto nas mulheres imigrantes, nomeadamente das mulheres guineenses.

Palavras-chave: Imigração; Cuidados de Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Nowadays the growing number of women experiencing motherhood in a multicultural and migratory context is an undeniable reality. However, knowledge about the quality and effectiveness of immigrants' access to health care, especially regarding maternity hospitals, is still scarce in Portugal. Guinean women represent a large percentage of immigrants in Portugal, which makes it a necessity and a challenge for Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists to provide culturally sensitive and respectful care.

The aim of this report is to describe the academic journey of the Maternal and Obstetric Health Internship and Report curricular unit and also to understand the perspective of Guinean immigrant women on the care provided by nurses specializing in maternal and obstetric health nursing at the time of childbirth in Portugal and to find out which aspects they value or don't value during childbirth. To understand the phenomenon, after synthesizing the evidence, an exploratory, descriptive and qualitative study was carried out, using a semi-structured interview.

The results obtained, both in the mapping of scientific evidence and in the research carried out, agree on the importance of the role of the nurse specializing in maternal health and obstetric nursing and the potential it represents in the perception and positive experience of childbirth for immigrant women, particularly Guinean women.

Key words: Immigration; Obstetric Nursing Care; Labor and Delivery.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	12
3. METODOLOGIA.....	19
3.1. SCOPING REVIEW	19
3.2. TRABALHO DE CAMPO	25
3.2.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	27
3.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS GERAIS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	37
4.1. APRENDIZAGENS EM ESMO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA.....	39
4.2. APRENDIZAGENS EM ESMO NA GINECOLOGIA	45
4.3. APRENDIZAGENS EM ESMO NO PUERPÉRIO	47
4.4. APRENDIZAGENS EM ESMO NA COMUNIDADE.....	58
4.5. APRENDIZAGENS EM ESMO NA SALA PARTOS	63
CONCLUSÃO	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	90
ANEXO I – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS	91
ANEXO II - PARECER COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE	93
APÊNDICES	96
APÊNDICE I - PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO.....	97
APÊNDICE II – CONCEITOS PCC E TERMOS DE PESQUISA	173
APÊNDICE III – <i>PRISMA FLOW DIAGRAM</i>	175
APÊNDICE IV – INSTRUMENTO JBI – <i>DATA EXTRACTION INSTRUMENT</i>	177
APÊNDICE V – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	190
APÊNDICE VI – CONSENTIMENTO INFORMADO	196
APÊNDICE VII - SIGILO DOS PROFISSIONAIS.....	198
APÊNDICE VIII – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.....	200

APÊNDICE IX – ANÁLISE DE CONTEÚDO	220
APÊNDICE X – RESUMO DE RELATO DE EXPERIÊNCIA	224
APÊNDICE XI – APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO ORAL	227
APÊNDICE XII – FOLHETO INFORMATIVO “ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA NA GRAVIDEZ”	245
APÊNDICE XIII – APRESENTAÇÃO SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ	248
APÊNDICE XIV – PALAVRAS AOS EEESMO – ENTREVISTAS	272
APÊNDICE XV – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	274
APÊNDICE XVI – <i>SCOPING REVIEW</i>	276

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo de Resultados	21
Quadro 2 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo	29

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Saúde de Santarém. Este relatório perspetiva o alcance das competências comuns (Regulamento nº 140/2019) e específicas (Regulamento nº 391/2019) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e, ainda, as correspondentes ao grau académico de Mestre.

Assim, o presente trabalho tem como objetivo geral, descrever reflexiva e criticamente as experiências vividas e atividades desenvolvidas no decorrer de 20 semanas de ensino clínico (EC) de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em Ginecologia, na Gravidez Patológica, no Puerpério, na Comunidade e na Sala de Partos, desenvolvidos em várias instituições e que serão abordadas e devidamente caracterizadas posteriormente no desenvolvimento deste trabalho.

Adicionalmente, visa a contemplação do projeto de investigação elaborado e implementado ao longo da UC, com a temática “A perspetiva das mulheres Guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto, em Portugal”. Esta temática surgiu por dois motivos: o desejo e interesse pessoal pelo aprofundamento de conhecimentos acerca de imigração e multiculturalidade na gravidez e parto, e pelo reconhecimento de que representa uma área da Enfermagem com necessidades crescentes, nos dias que correm, em Portugal. A especificidade na população, ou seja, nas mulheres imigrantes guineenses, prende-se com o facto de que existe uma parceria e contribuição pessoal com uma Organização Não Governamental (ONG) designada *HOPE For Fulanis*, que atua na Guiné-Bissau. Durante um dos EC houve a oportunidade de participar numa das viagens-missões da ONG, com o objetivo de conhecer a cultura, realidade e de cuidar da mulher guineense no período pré-natal e de puerpério. Apesar da existência de alguns estudos sobre as comunidades migrantes em Portugal, os mesmos não são referentes à comunidade guineense, pelo que se tornou relevante o desenvolvimento deste tema, contribuindo assim, para a qualidade dos cuidados prestados a estas comunidades.

Com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre a temática e que fundamente e suporte as intervenções do EEESMO, foi realizada uma ScR. Para dar resposta à questão de investigação “Qual é a perspetiva das mulheres Guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto, em Portugal?”, foi realizado um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, recorrendo a uma

entrevista semiestruturada, cujo objetivo geral se centra na compreensão acerca da perspetiva das mulheres guineenses em Portugal sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto; e os objetivos específicos: identificar as atitudes e intervenções do EEESMO que são valorizadas ou não, pelas mulheres guineenses em Portugal, na prestação de cuidados no momento do parto e identificar as atitudes e intervenções percecionadas como obstáculos/barreiras ao cuidado no momento do parto.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, elaborada por Madeleine Leininger, foi o referencial teórico escolhido para dar suporte ao presente trabalho uma vez que, reforça a diversidade e diferença na forma como cuidamos de um ser humano, com determinadas características e pertencente a uma determinada cultura, sendo que este cuidado deve ajustar-se às várias crenças, valores e estilos de vida existentes, de forma a oferecer um melhor cuidado aos indivíduos, grupos e famílias (Leininger, 1991). A experiência da gravidez, do parto e da maternidade em geral, é diferente de mulher para mulher, é algo complexo, sendo influenciado por múltiplos fatores (Bio, 2006). A perceção e a expectativa que cada mulher tem sobre a sua gravidez, trabalho de parto é única e exclusiva. Torna-se assim, importante tentar compreender como é a experiência das mulheres que estão fora do seu país, a experienciar a maternidade.

Assim, a Mulher descrita no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO é vista como “a entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, deve ser entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais” (Regulamento nº 391/2019, p.13561). A competência cultural dos enfermeiros tem vindo a tornar-se fundamental devido ao crescimento das populações migrantes, que trazem consigo uma carga cultural que é percecionada como algo que pode interferir com a conduta na saúde/doença e em todos os comportamentos ligados ao bem-estar (Coutinho, 2011).

O presente relatório está estruturado em 4 capítulos. O primeiro, contempla o enquadramento concetual, com a exposição dos principais conceitos, a revisão da literatura que sustenta a temática e o modelo teórico utilizado para dar suporte elaborado por Madeleine Leininger. O segundo capítulo explana a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos: mapeamento de evidência científica (*Scoping Review*) e o trabalho de campo que integra o estudo qualitativo sobre a temática com a apresentação, análise e discussão dos seus resultados. O terceiro capítulo é dedicado à análise e reflexão do percurso de aquisição e desenvolvimento de

competências no decorrer da UC nos diferentes contextos clínicos. O quarto capítulo retrata as considerações finais, articulação com os descritores de Dublin, contributos para a prática e limitações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O número de pessoas migrantes no mundo continua em crescimento acentuado. Os dados mais atuais da Organização Internacional para as Migrações (OIM), uma agência especializada das Nações Unidas, revelam que existiram 281 milhões de pessoas a residir num país diferente do seu país de origem, no ano de 2020, 128 milhões mais do que em 1990 e mais do triplo do número estimado em 1970 (OIM, 2024). As mulheres representam uma percentagem elevada da população migrante, estimando-se ser 48% dos migrantes internacionais (OIM, 2024). Assim, conseguimos perceber que a população imigrante representa nos dias de hoje, um significativo número de utentes no sistema de saúde, nomeadamente no que à vigilância da gravidez e conseqüentemente, ao parto concerne. Desta forma, o número crescente de mulheres a viver a maternidade em contexto multicultural e migratório é uma realidade inegável. A expectativa das mulheres imigrantes sobre o desenrolar da sua gravidez, do parto e da experiência da maternidade em geral, num país estrangeiro, é influenciada pelas vivências individuais e ainda, por aspetos culturais e/ou religiosos do país de origem (Santiago, 2009).

A gravidez e o momento do parto são fenómenos complexos e responsáveis por inúmeras alterações sociais, físicas e psicológicas, e, por isso, são percecionados e enfrentados de forma diferente de cultura para cultura. A expectativa de uma mulher em relação ao parto pode ser figurativa de uma experiência positiva e satisfatória ou, dolorosa e negativa, dependendo do contexto cultural em que a mulher se encontra inserida, das experiências passadas ou de relatos das suas conviventes. As vivências nesta fase são determinantes para o bem-estar físico e psíquico da mulher que, por sua vez, tem repercussões na forma como esta se irá adaptar ao novo papel de mãe (Bio, 2006).

A falta de conhecimento sobre os aspetos culturais relacionados com a saúde reprodutiva da população migrante ou a existência de preconceitos em relação às suas práticas e crenças, têm um grande impacto na forma como esta população vivencia a gravidez, parto e maternidade (Bulman e McCourt, 2002; Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; House of Commons Health Committee, 2003; WHO, 2003). Alguns autores referem que as perceções em relação aos serviços de saúde e à qualidade dos cuidados prestados podem, direta ou indiretamente, condicionar a sua utilização (Dixon et al., 2003; Fenton, 2001).

As mulheres migrantes podem demonstrar um sentimento de “não serem compreendidas” nos seus costumes, por parte dos profissionais de saúde, sendo esse um dos principais motivos para que os cuidados de saúde prestados no país de acolhimento não alcancem as expectativas das mulheres migrantes (Ramos, 2006; Ramos, 2012; Ramos, 2008; Dias e Rocha, 2009; Santiago, 2009). Num estudo qualitativo realizado pelo Observatório da Imigração, do Governo português, em 2009, concluiu-se que, na opinião das participantes, alguns profissionais de saúde demonstram-se pouco sensíveis às especificidades inerentes à condição de imigrante, apresentando dificuldade em relação aos sistemas de crenças que envolvem o comportamento reprodutivo, situação que demonstra a necessidade emergente de capacitar os profissionais de saúde para dar respostas adequada (Dias e Rocha, 2009).

Também Coutinho et al. (2014), procurou conhecer os cuidados de saúde recebidos e as barreiras encaradas pelas gestantes imigrantes e as portuguesas, em Portugal, concluindo que, de um modo geral, tanto para as portuguesas como para as imigrantes, a dimensão afetivo-relacional foi considerada muito importante e que esta dimensão dos cuidados de saúde colaborou para que estas se sentissem acolhidas, apoiadas, disponibilidade para o diálogo sincero e, fundamentalmente, para o estabelecimento de uma relação de confiança com o profissional de saúde, com destaque para os enfermeiros. As experiências das pessoas com os cuidados são determinadas principalmente pela maneira como são tratadas quando vivem um problema e procuram ajuda dos serviços de saúde (Queiroz et al., 2007), pelo que, proporcionar um bom acolhimento é um determinante para a perceção de uma maior qualidade dos cuidados.

Há autores que nos revelam alguns fatores que são considerados importantes para determinar a satisfação das mulheres em relação às suas experiências de trabalho de parto. É importante considerar como fatores as expectativas pessoais e individuais da mulher, a quantidade de apoio recebido/percebido, a qualidade da relação parteira-mulher e o envolvimento da mulher na tomada de decisões relacionadas com os seus cuidados (Funai & Norwitz, 2017). Segundo Donabedian (1989) citado por Ramos (2008), a qualidade dos cuidados de saúde resulta da avaliação realizada pelos utentes que se baseia na técnica, nos conhecimentos e na tecnologia que se associa aos cuidados; também na competência dos profissionais de saúde e nas relações interpessoais que se estabelecem e, por fim, pela comodidade proporcionada relativamente aos recursos materiais e hoteleiros.

Devemos ter sempre em conta o contexto do país de origem de cada pessoa quando procuramos compreender os comportamentos de saúde, as especificidades culturais e as crenças que as acompanham no momento da procura de serviços e as trajetórias de doença, concebendo a saúde no contexto onde ela se desenvolve, articulando constructos de pobreza, nível

socioeconómico e educação na determinação do estado de saúde, favorecendo a compreensão de alguns fenómenos epidemiológicos que se revelam de extrema utilidade nas linhas de investigação em saúde pública (OMS, 2010).

Com a globalização das sociedades, a disciplina da Enfermagem depara-se com diferentes desafios e os enfermeiros sentem “a necessidade de se capacitarem no sentido de prestarem cuidados culturalmente congruentes” (Domingos, 2019, p.25). Os enfermeiros são os profissionais de saúde com a “interação mais sustentada e intensa com a mulher no ciclo da maternidade” (Tomey, 2004, p.5). Através desta observação podemos compreender a contribuição que os cuidados de enfermagem especializados têm na vivência do momento do parto para a mulher imigrante. A influência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem um peso importante na decisão da mulher, sendo o contato com a grávida um momento privilegiado para o estabelecimento de uma relação de apoio, esclarecimento e conforto, valorizando as suas inquietações e medos (Figueiredo et al. 2010).

A relação estabelecida entre a díade (enfermeiro e mulher imigrante) bem como, as interações inerentes à mesma no desenrolar dos cuidados de saúde prestados, conferem aos enfermeiros competências culturais, os quais desenvolvem “uma nova forma de olhar sobre si mesmos e sobre aqueles de quem cuidam” (Reis & Costa, 2014, p. 61). Esta competência cultural adquire-se atribuindo importância aos fatores culturais na prática dos cuidados de enfermagem. Para Gonçalves (2012), o “Enfermeiro Transcultural”, deve perceber a pessoa cuidada como culturalmente diferente.

A International Confederation of Midwives (ICM) defende que as parteiras devem prestar cuidados de elevada qualidade e que estes devem ser sensíveis à cultura da pessoa durante o trabalho de parto (ICM, 2019). A sensibilidade cultural trata-se de um conjunto de competências que permitem compreender e aprender sobre pessoas cujo contexto cultural é diferente do nosso e a capacidade de modificar o comportamento para se adaptar às crenças culturais de outras pessoas (Hamidzay, 2018).

É sabido que a cultura tem influência no comportamento humano e, por consequência, o enfermeiro deve entender as crenças, valores e costumes da pessoa cuidada para poder prestar cuidados de saúde culturalmente competentes (Bezerra, 2006).

Falamos em cultura quando nos referimos ao conjunto de pensamentos, formas de comunicar e de agir, bem como, aos costumes, crenças, valores e instituições de origem étnica, religiosa ou grupos sociais (Garneau & Pepin, 2015). Sendo que, “pessoas de culturas (...) diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes (...)” (Ramos, 2008, p. 101). São inúmeros os estudos que realçam os diversos aspetos

culturais que podem afetar a saúde da mulher, dependendo de cultura para cultura, particularmente: as representações sobre a maternidade, o conceito de família, a expressão de sentimentos e a vivência da dor na gravidez e parto (Bezerra e Cardoso, 2006). Assim, a cultura concebe um enquadramento de crenças e valores que norteia os pensamentos, as decisões e as atitudes da mulher, que se reflete na procura dos cuidados de saúde, particularmente durante o período da gravidez e no momento do parto (Lopes, 2009).

Para Leininger (1994, 1998, 2001) e Campinha-Bacote (2003, 2011) a forma como se percebe a saúde e a realidade do mundo, entre os enfermeiros e as pessoas imigrantes, é fator determinante para as relações interétnicas que se estabelecem e afeta diretamente a prática clínica desenvolvida.

Na atualidade, em consequência do aumento crescente de imigrantes em todo o mundo, deparamo-nos com a importância da enfermagem transcultural, pois, a cultura e o cuidar são os meios mais alargados de compreender, de uma forma holística, as pessoas. Esta ideia é fulcral para a prática de enfermagem, uma vez que, a transculturalidade suporta a aprendizagem recíproca com os sistemas de assistências de outras sociedades, na busca do potencial humano universal e de uma política de respeito pela diferença. O objetivo da enfermagem transcultural é, assim, conseguir que os conhecimentos e a prática da enfermagem profissional tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, conseguindo ir mais além de um mero estado de percepção ou de apreciação das diferentes culturas (Leininger, 1995; Leininger, 2001).

A enfermagem é sustentada por teorias que suportam o cuidado e o pensamento reflexivo sobre os mesmos. Deste modo, devido ao tema abordado a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger (1991), foi escolhida para fundamentar o presente trabalho pois revela e explora a existência da diversidade e diferença na forma como o ser humano é cuidado. Ser humano esse, com determinadas características e pertencente a uma determinada cultura. Este cuidado deve ajustar-se às diferentes crenças, valores e estilos de vida existentes, de forma a oferecer um melhor cuidado aos indivíduos, grupos e famílias (Leininger, 1991). Entende-se assim, a **enfermagem transcultural** como uma área formal de estudo e prática de cuidados de enfermagem focada no cuidado cultural holístico, considerando as diferenças nos valores culturais (Leininger, 1991). Desta forma, o objetivo da enfermagem transcultural é que os conhecimentos e a prática da enfermagem tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, indo mais longe do que somente a percepção da existência das diferentes culturas.

São assim, considerados para este trabalho, os conceitos metaparadigmáticos presentes na teoria de Leininger (1991): **cuidar**, como ações que assistem, apoiam e capacitam outro indivíduo e/ou grupo; **cuidado** como fenómenos abstratos e concretos relacionados com a assistência e o

apoio no sentido de cuidar; **saúde** como a condição de bem-estar que é culturalmente definida, valorizada e praticada, refletindo a capacidade dos indivíduos, ou grupos, desempenharem as suas atividades diárias de modo culturalmente expresso, benéfico e padronizado; **enfermagem** como a disciplina e profissão humanística e científica estudada, focada no cuidar humano e nas atividades para auxiliar, apoiar, facilitar ou capacitar os indivíduos a manter ou readquirir a sua saúde e bem-estar, ou a auxiliar as pessoas a enfrentar as incapacidades ou a morte, de forma culturalmente significativa; **contexto ambiental** como a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que confere significado às expressões, interpretações e interações sociais, particularmente em contextos físicos, ecológicos, espirituais, sociopolíticos e/ou culturais; **cultura** como os valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, partilhados e transmitidos de uma determinada cultura que orientam o pensamento, as decisões e as ações de forma padronizada; **dimensões da estrutura cultural e social** como padrões dinâmicos de fatores estruturais e organizacionais relacionados com uma cultura específica, que inclui os valores culturais, religiosos, políticos, sociais, económicos, educacionais, tecnológicos e fatores etnohistóricos, mas também a forma como estes podem estar relacionados e influenciam o comportamento humano em diferentes contextos ambientais; **etnohistória** como factos, eventos, circunstâncias e experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida do ser humano dentro de contextos culturais específicos, durante períodos longos ou curtos; **visão do mundo** refere-se à forma como as pessoas tendem a olhar para o seu mundo, ou universo, de forma a criar uma imagem ou uma posição de valor sobre a vida ou o mundo que as rodeia; **sistema genérico laico do cuidar** refere-se ao conhecimento e às competências tradicionais e populares culturalmente aprendidas e transmitidas, usadas para cuidar; **sistema profissional de cuidar** refere-se ao ensino, aprendizagem e transmissão formal do cuidar profissional da saúde, doença e bem-estar, conhecimentos relativos e competências de práticas que prevalecem nas instituições profissionais; **cuidar cultural** refere-se aos valores, crenças e estilos de vida padronizados, subjetiva e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, facilitam ou habilitam outro indivíduo ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição e modo de vida, ou a lidar com a doença, incapacidades ou morte; **preservação ou manutenção do cuidar cultural** como ações profissionais de auxílio que ajudam indivíduos de uma cultura específica a preservar valores do cuidar de forma a manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar incapacidades ou a morte; **acomodação ou negociação do cuidar cultural** como ações profissionais criativas que ajudam indivíduos de uma cultura específica a adaptar-se a ou a negociar com outros para um resultado de saúde ótimo; **reestruturação do cuidar cultural** como ações profissionais de auxílio, que ajudam indivíduos de uma cultura específica a modificar os seus

modos de vida para padrões de saúde novos, benéficos e mais saudáveis, respeitando os valores culturais e crenças dos mesmos; **diversidade do cuidado cultural** refere-se às diferenças entre os seres humanos no que diz respeito aos significados, padrões, valores, modos de vida, símbolos ou outras características dos cuidados culturais relacionados com a prestação de cuidados benéficos aos clientes de uma determinada cultura; **universalidade do cuidado cultural** refere-se às características dos fenómenos de cuidados culturais partilhados ou semelhantes dos seres humanos, com significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos que servem de guia para os prestadores de cuidados prestarem assistência, apoio, facilitação ou capacitação dos cuidados às pessoas para obterem resultados saudáveis; **cuidado culturalmente congruente**, refere-se aos conhecimentos, ações e decisões de cuidados baseados na cultura, utilizados de forma sensível e informada para se adequarem de forma apropriada e significativa aos valores culturais, crenças e modos de vida dos clientes, lidar com a doença, incapacidade ou morte (Leininger, 1991).

Pelo exposto, o paradigma qualitativo fornece formas de conhecer transculturalmente as dimensões epistemológicas e deontológicas do cuidado humano, e preconiza a utilização do método de observação participante para documentar, saber, prever e explicar sistematicamente através de dados gerados no campo, aquilo que é diferente (diversidade) e o que é semelhante (universal) acerca do cuidado genérico (tradicional) e profissional das culturas estudadas dentro das componentes do Modelo Sunrise, de forma a criar novo conhecimento que guie as práticas de cuidados de enfermagem (Leininger, 1998). Este modelo apresenta quatro níveis: Nível I: representativo da visão de mundo e sistemas sociais, possibilitando a compreensão dos atributos dos cuidados em três perspetivas: microperspetiva (indivíduos de uma cultura), perspetiva média (fatores mais complexos de uma estrutura específica), macroperspetiva (fenómenos transversais em diversas culturas); Nível II: proporciona informações sobre os indivíduos, sobre uma família, bem como informações sobre significados e expressões específicas relacionadas com o cuidado de saúde; Nível III: proporciona informações sobre sistemas tradicionais e profissionais, incluindo a enfermagem, que atuam em uma cultura e permite a identificação da diversidade e universalidade dos cuidados culturais; Nível IV: determina o nível de decisões dos cuidados de enfermagem, incluindo a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado cultural, promovendo os cuidados culturalmente coerentes. O EEESMO é assim, envolvido em cada dimensão por meio deste conhecimento, as decisões e intervenções de enfermagem podem tornar-se congruentes e benéficas para aqueles que são assistidos tendo em conta o sistema tradicional e a estrutura profissional.

Atualmente, a teoria da transculturalidade no cuidar em enfermagem é reconhecida pelos organismos reguladores e está integrada nos princípios das competências do EEESMO. Assim, a

ICM, para além dos conhecimentos técnico-científicos, tem como premissa conceitos básicos que o EEESMO deve ter presente: o respeito pela dignidade humana e pelas mulheres como pessoas com todos os direitos humanos; a advocacia da mulher, para que a sua voz seja ouvida; a sensibilidade cultural, que inclua o trabalho com a mulher e profissionais de saúde para que ultrapassem barreiras culturais que prejudicam a mulher e a criança.

Assim, o plano de cuidados elaborado pelo EEESMO deve ser reestruturado, adaptado às necessidades da mulher, negociado de modo a preservar e respeitar a diversidade cultural e a promover o bem-estar, a segurança e a qualidade de todos os cuidados prestados.

3. METODOLOGIA

Neste capítulo, será abordado o percurso metodológico realizado, no âmbito da aquisição de competências de EEESMO e de grau de mestre, de acordo com os objetivos académicos estabelecidos. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, uma das competências do EEESMO é basear a “sua praxis clínica especializada em evidência científica” alicerçando “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento nº 140/2019, p. 4749).

Primeiramente, foi realizada uma *Scoping Review* (ScR) com base na metodologia do Joanna Briggs Institute® (JBI), de maneira a mapear a evidência científica existente sobre a perspetiva das mulheres imigrantes sobre os cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, no parto. Em seguida, apresenta-se o trabalho de campo desenvolvido, sendo ele um estudo de metodologia qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, tendo por base a evidência científica revelada na ScR. Para este efeito, foi necessário a construção de um instrumento de colheita de dados, um guião de uma entrevista semiestruturada, destinado à aplicação junto das mulheres, com o objetivo de compreender a perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, em Portugal, no parto.

3.1. SCOPING REVIEW

Como referido anteriormente, de forma a mapear a evidência científica disponível sobre cuidados transculturais, foi realizada uma ScR, que teve como questão de revisão: “Qual a perspetiva das mulheres imigrantes sobre os cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no parto?”. Definiu-se como objetivo mapear a evidência científica existente sobre a perspetiva das mulheres imigrantes acerca dos cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no momento do parto.

Os critérios de inclusão foram estabelecidos com base na mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto). Participantes: mulheres imigrantes; Conceito: cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica; Contexto: local do parto. Deve-se ainda considerar, o tipo de fontes de informação: foram considerados estudos quantitativos, qualitativos e mistos, escritos em português, inglês ou espanhol.

Estratégia de pesquisa

Em relação à estratégia de pesquisa, com base nas recomendações do JBI, esta foi desenvolvida em três fases, decorrendo entre maio e Junho de 2024. Na primeira fase, elaborou-se a pesquisa através da plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *MedLine Complete* e *CINAHL Complete*. Na segunda fase, após identificação dos termos indexados e descritores (*MeSH*, *Headings* ou *Subjects*) realizou-se a aplicação adequada dos termos às diferentes bases de dados a serem utilizadas: *MedLine Complete* e *CINAHL Complete*, recorrendo à expressão de pesquisa “(Emigrants and Immigrants) AND [(Lab*r, Obstetric) OR (Parturition) OR (Midwifery) OR (Nurse Midwives) OR (Obstetric Nursing) OR (Delivery, Obstetric)]”. Dos resultados, apenas os artigos disponíveis em free full text, escritos em português, inglês ou espanhol foram incluídos. Em apêndice (Apêndice II), encontram-se os conceitos incluídos na mnemónica PCC, a respetiva validação em termos naturais, *MeSH*, *Headings* e *Subjects* e a estratégia de pesquisa desenvolvida. Recorreu-se ainda à plataforma *Google Scholar* e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Para a terceira fase, as referências contidas nos artigos listados foram verificadas no sentido de identificar fontes adicionais. De referir que a segunda e terceira fases da pesquisa foram atualizadas até à elaboração do presente relatório, de forma a incluir a evidência científica entretanto publicada.

Seleção dos estudos

Com base no fluxograma do processo de revisão *PRISMA Flow Diagram (2020)* (Apêndice III), sugerido pelo JBI, após a pesquisa, procedeu-se à seleção dos estudos, considerando os critérios de inclusão anteriormente referidos, passando por 3 etapas.

Na primeira etapa – *Identification* – foram identificados 108 artigos, resultantes da pesquisa anteriormente explanada. Na etapa seguinte – *Screening* – foi efetuada a leitura do título e resumo dos 108 artigos identificados na primeira fase por forma a excluir aqueles que não cumprem os critérios de inclusão definidos. Os 24 artigos que cumpriram os critérios de inclusão foram lidos na íntegra para verificação da metodologia e pertinência dos mesmos para a elaboração da ScR. Foram excluídos 15 destes artigos por não apresentarem metodologia explícita ou porque os objetivos eram divergentes da temática em estudo. Na última etapa – *Included* – analisou-se na íntegra os 9 artigos elegíveis, realizando a extração de dados para desenvolvimento da revisão.

Extração de dados

Para registar a informação, contida em cada um dos artigos elegidos e obter a resposta à questão de pesquisa, foi desenvolvido um quadro de extração de dados, de acordo com as orientações da JBI, que compreende: o título do artigo, autor(es), ano de publicação, país de

origem, base de dados do artigo, objetivos, metodologia/métodos, resultados e contributos para a questão de revisão, a qual foi aplicada aos 9 artigos (Apêndice IV).

Resultados e Discussão

Dos 9 artigos selecionados para análise, 8 são estudos do paradigma qualitativo e 1 do paradigma quantitativo. Apenas 1 dos artigos estudou uma população de mulheres imigrantes em Portugal. Após análise dos artigos, no sentido de facilitar a compreensão da informação obtida, emergiram 3 categorias principais: Qualidade dos cuidados; Barreiras percebidas aos cuidados; Relação com profissionais. Seguidamente apresenta-se um quadro resumo dos resultados referentes aos artigos englobados.

Quadro 1 - Resumo de Resultados

Título e Autores	Ano de publicação/ País	Objetivo	Método	Principais resultados
1. <i>"Can you please hold my hand too, not only my breast?" The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium</i> Degrie, L., Dierckx de Casterle, B., Gastmans, C., Denier, Y.	2020 - Bélgica	Compreender as experiências perinatais das mulheres de minorias étnicas (descendência turca e marroquina) que pariram em maternidades, na Bélgica.	Qualitativo	A qualidade dos cuidados interculturais depende predominantemente da natureza e da qualidade das relações, mais do que da forma como as questões e tensões culturais são tratadas ou resolvidas. Estabelecer uma relação de cuidados significativa deve ser uma prioridade na prestação de cuidados interculturais.
2. <i>Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile.</i> Baeza, F., Cilveti, C., Fernández, M., Purcell, V., Vásquez, C., Hernández, G.	2020 - Chile	Conhecer o significado da experiência da gravidez, do parto e do puerpério nas mulheres imigrantes inscritas nos centros de saúde familiar de uma comuna da zona sul da cidade de Santiago do Chile.	Qualitativo	A necessidade de apoio a este grupo populacional, o que constitui um desafio para o Estado e para os profissionais de saúde, no sentido de reajustar e adequar as políticas e programas existentes, de forma a garantir uma melhoria substancial das condições de vida deste grupo de mulheres e das suas famílias.
3. <i>Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women</i> Degni, F., Suominen, S., Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen K., Essen, B	2020 - Finlândia	Explorar as experiências das mulheres somalis imigrantes nos serviços de saúde reprodutiva e de cuidados na maternidade e as suas perceções sobre os prestadores de cuidados.	Qualitativo	As experiências e perceções das mulheres imigrantes sugerem que é necessário melhorar a compreensão mútua dos recetores (pacientes) e dos prestadores (equipas de cuidados de saúde) nos serviços de saúde.

<p>4. <i>Experience of the New Zealand maternity care system by a group of Japanese women in one centre</i></p> <p>Doering, K., Patterson, J., Griffiths, C.</p>	<p>2015 - Nova Zelândia</p>	<p>Explorar a forma como algumas mulheres japonesas vivenciaram a gravidez, o parto e os cuidados no parto na Nova Zelândia.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>O conhecimento das diferentes abordagens culturais ao parto permite uma melhor comunicação, ajudando as mulheres imigrantes a tomarem decisões bem informadas e a receberem cuidados mais adequados à sua situação.</p>
<p>5. <i>“They Can’t Understand It”: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland</i></p> <p>Reitmanova, S., Gustafson, D.</p>	<p>2007 - Canadá</p>	<p>Documentar e explorar as necessidades de cuidados de saúde na maternidade e as barreiras ao acesso aos serviços de saúde na maternidade, na perspectiva das mulheres muçulmanas imigrantes que vivem em St. John’s, no Canadá.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>A informação e as práticas relativas aos cuidados de saúde na maternidade, concebidas para satisfazer as necessidades das mulheres canadianas, careciam de flexibilidade para satisfazer as necessidades das mulheres muçulmanas imigrantes. As recomendações de mudança incluem a melhoria do acesso a informação cultural e linguisticamente adequada sobre maternidade e saúde, o desenvolvimento da capacidade de resposta à diversidade dos prestadores de cuidados de saúde e das organizações onde trabalham e o estabelecimento de redes de apoio social e parcerias com as comunidades imigrantes.</p>
<p>6. <i>A service evaluation of a specialist migrant maternity service from the user’s perspective</i></p> <p>Filby, A., Robertson, W., Afonso, E.</p>	<p>2020 - Inglaterra</p>	<p>Avaliar o serviço especializado de maternidade para migrantes prestado pelo <i>Kings College Hospital</i> de Londres.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>A experiência clínica foi globalmente positiva e todas acreditaram que os profissionais de saúde agiriam no seu melhor interesse. Todas sentiram que as suas opiniões eram respeitadas e escutadas pelos profissionais de saúde. Os aspetos negativos que persistem não são da competência e responsabilidade imediata dos profissionais de saúde, mas afetam negativamente a saúde destas mulheres e, por conseguinte, merecem uma sensibilização para que os cuidados holísticos sejam alcançados.</p>
<p>7. <i>Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden</i></p> <p>Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C.</p>	<p>2014 - Suécia</p>	<p>Investigar a prevalência do medo relacionado com o parto no início da gravidez em mulheres nascidas na Suécia e em mulheres nascidas no estrangeiro a viver na Suécia.</p>	<p>Estudo de coorte transversal, do paradigma quantitativo</p>	<p>O medo relacionado com o parto foi quase três vezes mais comum entre as mulheres nascidas no estrangeiro do que entre as mulheres suecas. As mulheres grávidas nascidas no estrangeiro são um grupo extremamente vulnerável que necessita de apoio culturalmente sensível e direcionado por parte dos prestadores de cuidados. É necessária mais investigação para identificar claramente os componentes do medo das mulheres relacionado com o parto em vários grupos étnicos.</p>
<p>8. <i>Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento</i></p>	<p>2023 - Brasil</p>	<p>Descrever a experiência do parto de mulheres</p>		<p>É necessário investir na capacitação dos enfermeiros em relação ao cuidado transcultural, desde a sua formação académica inicial até à sua</p>

Supimpa, L.; Souza, S.; Prandini, N.; Andreatta, D.; Trigueiro, T.; Paviani, B.		imigrantes em maternidades no sul do Brasil.	Qualitativo descritivo	especialização. Para aprimorar a assistência ao parto de mulheres imigrantes são necessárias mais pesquisas que relatem os indicadores perinatais, a experiência de parto de outros grupos imigrantes e a sua cultura de nascimento. A assistência durante o processo de parto e nascimento pode ser experienciada através de um cuidado de enfermagem de qualidade, com boa comunicação, sensível à cultura e acolhedor nas diversas necessidades.
9. <i>Parimos em Portugal: a vivência do serviço de saúde por imigrantes brasileiras</i> Oliveira, E.; Lopes, R.; Cavalcante, M.; Félix, T.; Neto, F.; Moreira, R.	2017 - Portugal	Descrever a experiência de cuidados de saúde durante o parto, de imigrantes brasileiras residentes em Portugal.	Qualitativo	Este estudo exaltou a satisfação no ato de parir em Portugal, reconhecendo positivamente o trabalho dos profissionais da área da saúde portugueses. A dimensão afetivo-relacional aparece de forma expressiva, estando relacionada à relação de confiança estabelecida. Os resultados também demonstram uma dificuldade por parte de alguns técnicos de saúde em valorizar os sistemas de crenças das comunidades imigrantes, que envolvem os comportamentos sexuais e reprodutivos, além de apontarem a ausência de sensibilidade dos sobre os hábitos e costumes das minorias étnicas como fator influente na utilização dos serviços.

Após análise dos artigos, no sentido de facilitar a compreensão da informação obtida, emergiram 3 categorias principais: Qualidade dos cuidados; Barreiras percebidas aos cuidados; Relação com profissionais.

Qualidade dos Cuidados

As mulheres relataram que parir no seu país de origem era “assustador” e “sinónimo de morte” pelas más condições físicas dos locais onde os cuidados eram prestados, mas também pelo reconhecimento da baixa qualificação dos profissionais que prestavam esses cuidados. Consideraram que a qualidade e a disponibilidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica no país de acolhimento salvam vidas (Degni et al. 2020). Valorizaram a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde do país de acolhimento, nomeadamente pela “parteira” durante todo o processo de gravidez e no parto (Baeza et al. 2020). As mulheres imigrantes preferiram o parto no país de acolhimento em relação ao país de origem, devido à gratuitidade do serviço público e ao tratamento e cuidado recebidos pela equipa multidisciplinar (Supimpa et al. 2023). O poder de decidir, o acolhimento realizado pelos profissionais e a escuta qualificada foram responsáveis por um parto experienciado como tranquilo, empoderado e onde sentiram apoio e

auxílio. Outro fator apontado pelas mulheres foi a competência profissional, em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes no decorrer do trabalho de parto. Para algumas participantes estes cuidados superaram as suas expectativas quando comparando com os cuidados prestados no seu país de origem (Oliveira et al. 2017). Algumas mulheres apresentaram alguns dilemas e conflitos durante a gravidez, o parto e nos cuidados pós-natais, pois os cuidados diferiram, negativamente, do que esperariam (Doering et al. 2015).

Barreiras Percecionadas

A barreira linguística e a falta de competência que apresentavam para a língua do país de acolhimento, dificulta as interações com os profissionais de saúde. Várias participantes, que não dominavam a língua do país de acolhimento, ficaram satisfeitas com as atitudes e comportamento social dos enfermeiros obstetras (Degni et al. 2020). Algumas participantes destacaram a dificuldade de se exprimirem numa língua diferente quando se encontram em situações stressantes e emocionais como o parto (Doering et al. 2015). Outra barreira percebida debate-se sobre a dificuldade na comunicação, relatada como a não compreensão de termos médicos, barreira que era transposta à medida que a equipa profissional adaptava sua fala. Apesar de algumas participantes falarem a língua do país de acolhimento, registrou-se a sua preferência em comunicar-se na língua materna (Supimpa et al. 2023). A preferência pela figura feminina na prestação de cuidados, no caso específico das mulheres muçulmanas, levou a que estas mulheres se sentissem “mal” e “desconfortáveis” durante o trabalho de parto (Reitmanova & Gustafson, 2007). O medo relacionado com o parto é transversal, mas é quase três vezes maior entre as mulheres imigrantes comparativamente às mulheres nativas do país de acolhimento, podendo constituir também uma barreira nos cuidados (Ternstrom et al. 2014).

Relação com os profissionais

As mulheres consideraram que um processo de cuidados relacionais e colaborativos, contribuiu para a experiência positiva dos cuidados. Prestadores de cuidados emocionalmente indisponíveis, criavam a dúvida de que essa distância se pudesse dever à sua ascendência, ou pela sua maneira de vestir ou pela barreira linguística. Podendo, desta forma, o distanciamento profissional ser visto como discriminação, mesmo que este não o fosse (Degrie et al. 2020). A maioria das mulheres (8) apreciou ter sempre a mesma parteira nas suas consultas pré-natais e valorizou a relação estabelecida. A experiência clínica foi globalmente positiva e todas acreditaram que os profissionais de saúde agiriam no seu melhor interesse. Todas sentiram que as suas opiniões eram respeitadas e escutadas pelos profissionais de saúde. As suas experiências positivas com os profissionais de saúde geraram um sentimento geral de gratidão que se refletiu nos seus

elogios a cada elemento do serviço. Todas destacaram como aspeto positivo: o respeito e a amabilidade dos prestadores de cuidados (Filby et al. 2020). Uma das participantes relatou medo relacionado à desconfiança sentida com a equipa de profissionais formada por alunos. Outra participante relatou que, ao se deparar sozinha e com náuseas durante o parto, sentiu-se acolhida e cuidada pela equipa, devido ao apoio e carinho dados naquele momento. Uma participante usou a palavra “humanização” ao descrever o seu atendimento e relacionou este conceito à simpatia e respeito no cuidado (Supimpa et al. 2023). Para as grávidas, de um modo geral, a dimensão afetivo-relacional foi considerada a mais importante nesta fase das suas vidas. Neste contexto, existe o destaque para os enfermeiros, com os quais as mulheres mantiveram maior contato (Oliveira et al. 2017).

3.2. TRABALHO DE CAMPO

A prática baseada na evidência contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo essencial a aplicação dos resultados de pesquisa na prática dos cuidados (Galvão & Sawada, 2003). Assim como se encontra descrito no código de ética para os profissionais de enfermagem, o desenvolvimento dos cuidados deve suportar e fundamentar-se nos resultados provenientes da investigação em enfermagem (International Council of Nurses, 2021).

Foi realizado um estudo de paradigma qualitativo com pesquisa descritiva e exploratória, de forma a dar resposta à questão de investigação: “Qual a perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no parto, em Portugal?”.

Foi assim definido como objetivo: compreender a perspetiva das mulheres guineenses em Portugal sobre os cuidados do EEESMO no parto.

O paradigma qualitativo provê formas de, transculturalmente, conhecer e descobrir as dimensões epistemológicas do cuidado humano uma vez que, o objetivo principal da investigação qualitativa é documentar e interpretar, da forma mais completa possível, a totalidade daquilo que se está a estudar, a partir dos pontos de vista das pessoas ou dos seus quadros de referência (Leininger, 1985). A utilização desta metodologia implica sobretudo uma interação prolongada com o meio e uma grande proximidade entre a investigadora e as participantes do estudo. A investigação qualitativa é importante para a investigação de temas relacionados à vida das pessoas, bem como, aos significados que estas atribuem ao mundo, pois o conhecimento que se pretende alcançar é referente ao modo como decorrem as experiências do dia-a-dia e os significados

individuais atribuídos às mesmas, não existindo um controlo rigoroso, nem manipulação de variáveis (Nunes, 2020).

As participantes deste estudo foram selecionadas através de uma amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, foram consideradas todas as mulheres que cumpriram os critérios de inclusão e que se encontravam a parir na instituição. Assim sendo, o trabalho de campo foi realizado em contexto de estágio: Ensino Clínico - Bloco de Partos. Os critérios de inclusão para a participação da presente proposta de investigação foram:

- Parturientes naturais da Guiné-Bissau;
- Idade superior a 18 anos;
- Com residência em Portugal há, pelo menos, 3 meses;
- Falar a língua portuguesa;
- Gravidez de baixo risco;
- Gravidez de termo;
- Parto realizado por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica;
- Concordar em participar do estudo.

A determinação do tamanho da amostra subordinou-se à aplicação do princípio da saturação de dados, que aconteceu quando a colheita de dados já nada acrescenta de novo (Fortin, 2009).

Citando Bogdan e Bicklen (1994, p.134) “...a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito...” os quais a investigadora se propõem a analisar, de uma forma sistemática. Também Fortin (1999) menciona que a entrevista, como instrumento de colheita de dados, proporciona uma comunicação e relação mais próxima entre a investigadora e as participantes, sendo que a informação coletada irá depender sempre do que a participante permitir fornecer. Assim, importa reforçar que tanto a investigadora como a participante são sujeitos racionais e com capacidades cognitivas que permitem identificar os seus papéis de forma aberta e transparente, face ao objetivo da interação estabelecida no momento da entrevista (Guerra, 2006).

Desta forma, em relação à colheita de dados, realizou-se uma entrevista semiestruturada (Apêndice V), devido à facilidade de acesso a uma grande quantidade de informação e à necessidade de esclarecimento e exploração dessa informação. Foram desenhadas questões-tipo acerca da temática em estudo, questões essas, flexíveis, podendo ser estruturadas por tópicos e adequadas à participante. De modo a que as participantes se reportem aos mesmos aspetos, foi realizada uma divisão temática, no sentido de nortear a entrevista. Coube à investigadora,

enquanto entrevistadora, guiar a entrevista, tendo sempre em conta seus objetivos e finalidade (Bogdan e Bicklen, 1994; Fortin, 1999; Guerra, 2006).

As participantes foram informadas, no início da entrevista, sobre o estudo: os seus objetivos e a finalidade do mesmo, obtendo assim, o consentimento informado e esclarecido para a participação no estudo.

A análise do verbatim das entrevistas foi realizada segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposto por Bardin. Segundo a autora, a análise de conteúdo passa por três fases distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A primeira tem como principal objetivo a organização, sendo nesta realizada uma “leitura flutuante” após a transcrição das entrevistas, para obter uma ideia geral do conteúdo, identificando as expressões significativas, que formam as unidades de registo e dão suporte ao desenvolvimento das categorias do estudo (Bardin, 2016). A fase de exploração do material que, de acordo com Bardin (2016), é a análise propriamente dita, consiste na codificação, decomposição ou enumeração do conteúdo, onde se pressupõe a organização do discurso, atribuindo-lhe um sentido, sendo as categorias, unidades temáticas agrupadas segundo características comuns do fenómeno em estudo. Por fim, no tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, o conteúdo é organizado de forma que se possa extrair informações que constituam significados. Esta metodologia foi realizada manualmente com o intuito de avaliar profundamente cada entrevista e conseguir extrair a maior informação possível.

Organizar o conteúdo em categorias permite condensar a informação pertinente e simplificar a interpretação. A categorização é descrita por Bardin (2016) como um trabalho de classificação de diferentes elementos integrantes de um conjunto, seguindo-se um reagrupamento, com os critérios previamente definidos. A categorização à posteriori foi a escolhida, já que o objetivo é de que as categorias resultem, de forma indutiva, da análise e interpretação das respostas das participantes, com influência do quadro teórico e objetivos da investigação.

A análise realizada, foi sujeita a apreciação e validação pela professora cooperante, de modo a potenciar a fiabilidade e validade, evitando enviesamentos na interpretação. O quadro de categorização dos dados das entrevistas encontra-se em apêndice do presente relatório (Apêndice IX).

3.2.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para garantir os princípios éticos da investigação foi elaborado um documento escrito (Apêndice VI) de forma a obter o consentimento livre e esclarecido das mesmas. Este procedimento

certificou que as partilhas das participantes não seriam, em momento algum, utilizadas contra as próprias, garantindo também a proteção dos dados pessoais das mesmas. Para preservar e garantir a privacidade e o anonimato das participantes envolvidas, em relação à identidade pessoal, foram atribuídos números às entrevistas, nunca sendo os seus nomes revelados. Cada participante também foi informada sobre a possibilidade de recusar participar no estudo, a qualquer momento do mesmo e que essa eventual negação não resultaria em prejuízo para a própria. Consta também neste documento, a autorização para a gravação da entrevista, para a sua transcrição de acordo com a realidade e que, após a transcrição, as mesmas foram eliminadas.

A gravação das entrevistas foi realizada através de um gravador de áudio e guardada em ficheiro áudio num dispositivo tipo *pen drive* durante o processo da realização das entrevistas e durante a análise dos dados. Estas gravações apenas foram ouvidas pela investigadora principal e foram eliminadas após a sua transcrição.

A transcrição das entrevistas foi analisada pela investigadora principal e pela professora orientadora, deste modo, tanto a investigadora quanto a professora, assinaram um documento de sigilo e proteção de dados pessoais das participantes. Nesse documento a investigadora declara a responsabilidade sobre a proteção dos dados pessoais e dos áudios bem como, sobre a finalidade com que estes foram usados, com quem foram partilhados e como foram eliminados no fim da sua análise (Apêndice VII). Para garantir o anonimato das participantes, às entrevistas foi atribuído um código: P1 (Participante 1) a P5.

De acordo com Fortin (2003), ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta da pessoa humana. A investigação envolvendo seres humanos pode, por vezes, levantar questões morais e éticas. Devemos por isso salvaguardar os direitos fundamentais das pessoas aplicando os cinco princípios éticos que são enumerados por Fortin (2009): direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

Assim, foi realizado um documento intitulado “Projeto de Investigação” (Apêndice VIII) de forma a submeter o pedido de parecer ético à Comissão de Ética do hospital onde foi desenvolvida a investigação, durante o Ensino Clínico (EC) de Sala de Partos. Foi obtido o parecer favorável à realização da investigação em março de 2024 (Anexo II).

Resultados

As participantes apresentaram idades compreendidas entre os 25 e 29 anos (média de idades de 27 anos), sendo que 70% eram casadas e 30% solteiras. Duas das participantes tinham um curso de licenciatura no seu país de origem (Assistente Social e Psicologia), todas as outras

tinham frequentado o ensino básico referente à Guiné-Bissau. Apenas uma era primípara, as restantes quatro eram múltiparas. Apenas uma das participantes já tinha a experiência de parto em Portugal, todas as outras múltiparas tinham experiência de parto apenas na Guiné-Bissau.

Da análise do conteúdo das entrevistas, emergiram duas categorias e oito subcategorias, conforme se apresenta:

Quadro 2 - Categorias e subcategorias da análise de conteúdo

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
Qualidade dos serviços de saúde Materno-Infantil	Recursos físicos e materiais
	Recursos humanos
	Experiência positiva no país de acolhimento
Qualificação do EEESMO	Atitudes e comportamentos do EEESMO
	Conhecimentos e capacidades do EEESMO
	Competência cultural do EEESMO
	Ética profissional do EEESMO

Da primeira categoria explanada “Qualidade dos serviços de saúde Materno-Infantil”, surgem quatro subcategorias: Recursos físicos e materiais, Recursos humanos e Experiência positiva no país de acolhimento.

Para as participantes deste estudo a qualidade dos serviços de saúde é um fator muito importante e o qual valorizam, sendo algo enaltecido por todas, nas entrevistas realizadas.

Estes resultados obtidos vão ao encontro com os estudos desenvolvidos que demonstram que a procura de melhores condições de vida e saúde levam muitas vezes à emigração para um país onde existam melhor qualidade de cuidados (Degrie et al. 2020). Sendo que, a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica no país de acolhimento é algo que deixa as mulheres imigrantes expectantes e ansiosas (Supimpa et al. 2023 & Oliveira et al, 2017).

Desta forma, relativamente ao “Recursos físicos e materiais”, num estudo abordado anteriormente, as participantes relataram que parir seu país de origem era “assustador” e “sinónimo de morte” pelas más condições físicas dos locais onde os cuidados eram prestados (Degni et al. 2020). As participantes também valorizaram e evidenciaram a qualidade da estrutura física hospitalar, rede de referência/circuito de acesso aos cuidados, o conforto, a higiene e a disponibilidade de materiais e tecnologia no país de acolhimento, realizando, todas elas, uma comparação com o seu país de origem (Guiné-Bissau):

(P1) *“Portugal tem melhores condições de saúde, por isso vim parir aqui”; “A minha expectativa para parir cá era: boa atenção, mais cuidados, que lá na Guiné não tem”; “Aqui (Portugal) não tem nada como lá (Guiné), melhores condições do hospital onde tu vais ter o teu*

filho, lá não tem isso”; “Falta material, falta aparelhos lá (Guiné); “Lá (Guiné) ficamos todas juntas, mulheres que já pariram outras que ainda não, muitas no chão”; “(Guiné) muita gente vai para lá, numa caminha cabe duas mães com dois filhos, as mães ficam sentadas e os filhos deitam, não há berços lá”; “As pessoas fogem de lá (Guiné) por isso, muitos (bebés) morrem, ou ficam mal”.

(P2) *“Eu fiz um estágio na maternidade de 1 mês, as coisas nos últimos anos mudaram muito, antes era pior, as condições hospitalar, quando chegas na porta já sentes aquele cheiro, não é limpo, quando vês a barata a passear ali, mas nos últimos tempos já não sentes aquele cheiro e fizeram a pintura, a higiene era outra, mas quando vem muitas grávidas e assim não há camas, as senhoras ficam no chão e as crianças na cama”; “Na sala de pós parto (hospital da Guiné) ficam as mulheres todas juntas, com a respiração ali, é muito perigoso, muitos ratos ainda”; “As condições de aqui (hospital Portugal) é muito diferente da nossa realidade”; “Aqui (Portugal) tem muita limpeza, ainda com um quarto particular”.*

(P3) *“Tudo é diferente, aqui para entrar até chegar no momento do parto é muito diferente, aqui foi os bombeiros que deram a minha entrada, lá tu vais pelo teu pé e entras e o médico observa e vais para uma sala de pré-parto, quando o médico vê que falta pouco vais para sala de partos e depois do parto casa”; “Lá não tem campinha como aqui, lá se tu tens dor tu gritas”.*

(P4) *“Muitas diferenças. Higiene? Nada a ver e as condições também. Por isso que muitos lá, que tem possibilidade, vem cá só para ter o bebé”.*

A segunda subcategoria “Recursos humanos” (RH), destaca a diferença existente ao nível do RH em relação ao país de origem (Guiné-Bissau), numa tentativa de justificação e reconhecimento da baixa qualidade de cuidados prestados, sugerida pelas mesmas, associando a melhoria dos cuidados no país de acolhimento também a este fator:

(P1) *“Lá (Guiné) acho que também faltam mais pessoas para trabalhar, elas (parteiras) são poucas para tantas pessoas que precisam, têm mais trabalho”; “No meu segundo filho, no hospital lá (Guiné), o médico mandou eu ir para lá, quando cheguei lá na sala de partos, estavam muitas mulheres todas juntas, quando o médico chegou já tinha parido lá sem ninguém (riu-se)”.*

(P3) *“Elas (parteiras Guiné) são poucas para tanta mulher, aqui é mais organizado eu acho”.*

Uma das participantes evidenciou que existem instituições privadas no país de origem, que apresentam melhores condições em relação aos recursos humanos e cuidados prestados:

(P2) *“Minhas filhas nasceram lá (Guiné) na X (Instituição privada), gostei muito, não é instituição pública, eles dão todo o apoio a grávida até ao parto e depois pediatria”; “Eles cuidaram muito bem lá, dão banho na criança”; “Mas tu tens de pagar”.*

Na seguinte subcategoria identificada, “Experiência positiva no país de acolhimento”, as mulheres confessaram qual era a sua expectativa referente ao parto e cuidados inerentes, no país de acolhimento e como essa expectativa correspondeu com a realidade encontrada:

(P1) *“A minha expectativa para parir cá (Portugal) era: boa atenção, mais cuidados, que lá na Guiné não tem”; “Parir aqui em Portugal foi bom, foi como me tinham falado”; “Aquilo que eu esperava é aquilo que está a acontecer”; “Aqui o parto é mais seguro (Portugal)”.*

(P2) *“Eu já sabia mais ou menos como seria assim, mas gostei muito, a gente sempre tem medo né? (ri-se) do parto e essas coisas, das pessoas, mas tudo foi bem.”*

(P3) *“A minha experiência aqui (Portugal) é muito boa, muiito boa, foi muito melhor do que se fala por aí”; “Aqui (Portugal) tudo é melhor, higiene, comportamento, profissionalismo, carinho”. “Aqui foi tudo como eu imaginava, até melhor”.*

(P4) *“Foi como estava à espera, pois já tinha a boa experiência do segundo filho (num hospital português de Lisboa há 2 anos atrás)”.*

(P5) *“Eu esperava que fosse bom (o parto), melhor, muito melhor que lá (Guiné) e foi, foi como esperava”.*

De facto, as experiências das mulheres imigrantes são influenciadas por memórias e comparações com o parto anterior e com o atendimento obstétrico no país de origem. Desta forma, experiências negativas de parto anterior estão intimamente ligadas às expectativas do parto atual (Supimpa et al. 2023 & Oliveira et al, 2017).

Na segunda categoria apresentada, “Qualificação do EEESMO”, emergem as seguintes subcategorias: Atitudes e comportamentos; Conhecimentos e capacidades, Competência Cultural e Ética profissional, todas referentes ao EEESMO.

Na subcategoria, “Atitudes e comportamentos do EEESMO”, as mulheres enaltecem a forma de prestar cuidados dos EEESMO que participaram no parto, evidenciando a importância dada à relação estabelecida com o mesmo, comparando-a com a realidade do seu país de origem:

(P1) *“Aqui (Portugal) há mais cuidado e atenção por parte das enfermeiras”; “Lá na Guiné não é assim não, elas (parteiras) são mais duras, maltratam mesmo, são desligadas (...) não querem*

saber se estás lá com dor ou quase a parir”; “Elas (EEESMO) são carinhosas e tem muita paciência para nós, lá (Guiné) não, elas gritam e não tem paciência para ti”.

(P2) “Segundo as pessoas que eu ouvi, quando a grávida dá à luz elas (parteiras da Guiné) vão a pedir dinheiro, não tem paciência com as grávidas, ficam sempre a gritar”; “Elas (parteiras da Guiné) não dão aquela motivação para as grávidas, começam a dizer palavrões”.

(P3) “A minha mãe me disse: “Lá (Portugal) é melhor, cuida melhor de paciente, te explicam” como tu me ensinou como dar banho no bebé, mas isso aqui não acontece em Guiné-Bissau”; “Aqui as enfermeiras que me deram carinho, me animaram: “Essa dor vai passar, tu consegues” mas lá, no meu primeiro parto no hospital, a parteira me disse: “Olha se não fizeres a força, nós não temos nada para fazer, tu vais fazer tudo, porque quando estavas lá no coisa agente não estava lá, é você que vai fazer força para tirar isso aqui, se não quiseres fazer a força vais ficar aí, não temos tempo para isso””; “depois tem o carinho, olha eu não sei dos outros, mas as enfermeiras que eu encontrei (Portugal) elas são maravilhosas comigo, elas cuidaram muitíssimo bem de mim, sempre a motivar a dizer que eu era forte, na Guiné não vejo acontecer assim”.

(P4) “Fui tratada muito bem pela parteira (EEESMO), me perguntava, como eu estava, se tinha dor, se queria algum medicamento, ou assim, sabe? (...)”; “Foi calma, falou tranquila, muito bom, é importante”.

(P5) “As mulheres lá (Guiné) são tratadas diferente, no hospital, são maltratadas, não é como aqui (Portugal)”; “Gostava muito de dizer obrigado à parteira daqui (Portugal) foi 5 estrelas comigo, muito atenciosa, me tratou super-bem”; “A enfermeira que fez o parto deve ser nova, pareceu, mas ela que continue assim, porque vai chegar longe, tratando as pessoas bem assim, com respeito e carinho”; “Sempre falou comigo tudo, tinha paciência, não gritou ou ignorou, tudo o que eu precisei ela me ajudou e fez”.

Confirmando um facto demonstrado por outros autores: a dimensão afetivo-relacional foi considerada importante neste momento, existindo o destaque para os EEESMO, com os quais as mulheres mantiveram maior contato (Oliveira et al. 2017).

Na subcategoria, “Conhecimentos e capacidades do EEESMO”, foram valorizados pelas mulheres entrevistadas, os conhecimentos teóricos e as habilidades técnicas que os EEESMO detinham e demonstraram no momento do parto:

(P1) “Aqui (Portugal) senti que elas (EEESMO) sabiam mais, da medicação, da dor (...)”.

(P2) *“Não gostei da observação a toda a hora (ri-se), vários toques né (Portugal)”*; *“Lá na Guiné, na minha experiência não aconteceu muito comigo assim (cervicometria)”*.

(P3) *“Lá (Guiné) a costura é sem anestesia, muita dor mesmo”*; *“Aqui tem anestesia, (...) olha eu não sei dos outros, mas as enfermeiras que eu encontrei (Portugal) elas são maravilhosas comigo, elas cuidaram muitíssimo bem de mim, me ensinaram maneiras de não sentir tanta dor, de meu bebê descer e sair melhor (...)”*.

(P4) *“Fui tratada muito bem pela parteira (EEESMO), me perguntava, como eu estava, se tinha dor, se queria algum medicamento, ou assim, sabe? (...)”*; *“Foi calma, falou tranquila, muito bom, é importante”*.

(P5) *“Aqui (Portugal) foi mais fácil para mim, não senti nada, nem senti quase dor, com a medicação, não foi como lá (Guiné) e quem me assistiu ao parto foi atencioso para conseguir ajudar e eu consegui”*; *“Lá (Guiné) te gritam “faz força”, eu não estava a conseguir lá (Guiné no 1ºParto) e ela (parteira) carregou aqui (aponta para o abdómen) e lá foi, mas doeu muito”*.

De facto, a competência profissional constitui um fator apontado pelas mulheres, em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes no decorrer do trabalho de parto, superando as suas expectativas quando comparando com os cuidados prestados no seu país de origem (Oliveira et al. 2017).

Já na subcategoria, “Competência Cultural do EEESMO”, as mulheres referiram sentiram-se respeitadas nos seus valores culturais, evidenciando a sensibilidade cultural existente na prática de cuidados prestada pelo EEESMO no parto:

(P1) *“Nunca me senti desrespeitada por ser de um país diferente”*; *“Senti muito respeito (por parte dos EEESMO)”*; *“Aqui (Portugal) senti-me em casa, não senti dificuldade”*.

(P2) *“Não senti diferença no tratamento (Portugal), até me senti melhor aqui”*; *“Senti-me respeitada”*.

(P3) *“Eu nem senti diferenças, não senti por nenhuma delas (EEESMO) por eu ser de outro país e ser negra, nada, sempre muito carinhosas comigo”*.

(P4) *“A enfermeira que me fez o parto foi respeitadora, me senti muito bem, foi muito normal, sem muitas coisas”*.

(P5) *“Aqui (Portugal) elas (EEESMO) querem que tu te sentes bem, eu acho, no meu caso foi. Me senti bem, sem dor, tranquila”.*

Uma das mulheres narrou um momento vivido em que sentiu desconforto e discriminação, não por parte do EEESMO, mas por um casal com quem partilhou o recobro:

(P3) *“Eu só senti da parte de um outro casal que estava lá, na sala depois do parto, que eles não queriam estar a dividir o espaço comigo, eles disseram “queremos quarto individual”, não sei se por eu ser negra ou algo assim”.*

De facto, para as mulheres imigrantes, a qualidade dos cuidados interculturais percebida depende da qualidade das relações estabelecidas e mantidas entre as mesmas e os seus prestadores de cuidados e não da forma como se lida com as diferenças culturais durante a prestação de cuidados (Degrie et al. 2020).

Em relação à última subcategoria, “Ética profissional do EEESMO”, as mulheres evidenciaram a prática de cuidados do EEESMO segundo os princípios éticos e deontológicos que promovem um ambiente terapêutico e seguro:

(P1) *“Fui respeitada nas minhas escolhas sempre, sempre a me explicar tudo, o que ia fazer e assim”.*

(P2) *“(…) Te ensinam, te explicam as coisas, com paciência, muito bom, como o bebé ia sair mais rápido (…)”; “Sim me pediam se podiam ver (cervicometria) e porque é que era preciso ver e me diziam quanto estava avançado já”.*

(P3) *“Sinto que aqui te dão tempo, explicam, falam as coisas, pois é (…)”.*

(P4) *“(…) E no parto foi assim, tudo me foi explicado, o que iam fazer, mas eu nem estava em mim com a dor (ri-se)”.*

(P5) *“(…) Sempre falou comigo tudo, tinha paciência (…)”.*

Verdadeiramente, as mulheres imigrantes valorizam aspetos como: a qualidade e a disponibilidade dos cuidados, a simpatia e o respeito sentidos, o apoio e o auxílio no momento do parto, a empatia durante todo o processo e a competência profissional (Degni et al, 2020; Baeza et al, 2020; Supimpa et al, 2023; Degrie et al, 2020 & Oliveira et al, 2017).

Em apêndice a este relatório (Apêndice XIV), encontra-se uma nuvem de palavras proferidas pelas mulheres entrevistadas, quando questionadas como caracterizavam, numa ou mais palavras,

o EEESMO que auxiliou no seu parto. Efetivamente, as experiências positivas com os profissionais de saúde geram um sentimento de gratidão que se reflete nos seus elogios, evidenciando o respeito e a amabilidade dos prestadores de cuidados (Filby et al. 2020).

3.3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigação realizada através do trabalho de campo demonstra a valorização e satisfação existente, por parte das mulheres imigrantes, dos serviços de saúde prestados no país de acolhimento em relação ao de origem, nomeadamente no que concerne à qualidade dos recursos físicos, materiais e humanos. Facto que, segundo as participantes, promove uma experiência positiva de parto que até, em muitos casos, supera as expectativas prévias. Estes resultados alcançados, vão ao encontro dos resultados obtidos na evidência científica. A evidência indica que as mulheres imigrantes valorizaram: a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde do país de acolhimento, comparando com a realidade do país de origem, preferindo a experiência de parto no país de acolhimento; e a competência profissional relacionada com os conhecimentos, habilidades e atitudes no decorrer do parto. Referindo as más condições físicas dos locais onde os cuidados eram prestados no seu país de origem (Doering et al. 2015; Oliveira et al. 2017; Degni et al. 2020; Baeza et al. 2020; Supimpa et al. 2023).

No trabalho de campo realizado, os dados revelam que os EEESMO apresentaram uma postura de paciência e de partilha de informação, de forma a que as participantes pudessem compreender, assimilar e consentir. Estes resultados contrariam a evidência que demonstra que os cuidados prestados quando não são moldados pela cultura das mulheres imigrantes, podem constituir um fator negativo constituindo uma barreira aos cuidados e desencadeando a perceção de prestação de apoio inadequado ou cuidados desatentos (Doering et al. 2015).

A evidência relata-nos que a barreira linguística pode dificultar as interações das mulheres imigrantes com os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO no momento do parto, enquanto que a investigação elaborada não corroborou com este facto, sendo que, um dos fatores pode ser devido ao facto da língua ser a mesma (língua portuguesa), diminuindo assim a probabilidade da existência desta barreira na comunicação. Também a não compreensão de termos médicos ou a falta de habilidade na língua do país de acolhimento; dificuldades em relação ao fornecimento de informação (sendo esta insuficiente e não oportuna); e, ainda, barreiras culturais e religiosas (cuidados prestados não serem planificados tendo em consideração valores culturais e religiosos), constituíram barreiras nos cuidados, segundo a evidência (Reitmanova & Gustafson,

2007; Doering et al. 2015; Baeza et al. 2020; Degni et al. 2020). Este facto não foi observado na análise de dados resultante das entrevistas.

Os dados emergentes do trabalho de campo realizado, evidenciam o facto de que a relação estabelecida com o EEESMO, a forma como este age e molda o plano de cuidados a cada mulher de uma forma holística, é o ponto mais significativo para a mulher imigrante, independente da sua origem, cultura e país de acolhimento. Os dados também refletem como a existência de experiências negativas de partos anteriores nos países de origem, influenciam a forma como a mulher espera ser tratada e como esta percebe a prestação de cuidados, assim como revelam que cuidados de enfermagem de qualidade no trabalho de parto e nascimento influenciam a perspetiva das mulheres em relação a esse momento.

Estes resultados vão ao encontro da evidência, que realça a dimensão afetivo-relacional, que se baseia na relação de confiança estabelecida entre os profissionais de saúde e as mulheres imigrantes. Constituindo esta dimensão a mais significativa para as mulheres, por considerarem que um processo de cuidados relacionais e colaborativos, contribui para a experiência positiva dos cuidados. Segundo a evidência, a perspetiva das mulheres imigrantes, sobre a qualidade dos cuidados interculturais prestados, depende da qualidade das relações estabelecidas e mantidas com os prestadores de cuidados, nomeadamente os EEESMO; por outro lado prestadores de cuidados emocionalmente indisponíveis, criam a dúvida de que essa distância se possa dever à diversidade cultural representada pela mulher, tendo sido relatado casos de discriminação, insensibilidade e falta de conhecimento sobre práticas religiosas e culturais. Ainda segundo a evidência, as mulheres valorizam a continuidade de prestação de cuidados, apreciando ser acompanhadas pelo mesmo EEESMO devido à relação estabelecida (Oliveira et al. 2017; Degrie et al. 2020; Filby et al. 2020; Supimpa et al. 2023).

Assim, é essencial a abordagem centrada na pessoa durante o processo de prestação de cuidados, onde o EEESMO deve colaborar com as mulheres de forma a prestar cuidados personalizados tendo em conta as preferências, necessidades e valores culturais.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Neste capítulo será apresentado, de uma forma crítico-reflexiva, o caminho realizado durante o o EC. Este EC permitiu adquirir e desenvolver competências comuns e específicas da especialidade em ESMO e, ainda, do grau de Mestre. Desta forma, a prática clínica experienciada em cada contexto clínico será explanada e analisada com base na evidência científica e mobilizando o modelo concetual referente à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger, 1991).

As competências desenvolvidas e adquiridas em contexto de prática clínica estão estabelecidas no Regulamento n.º 391/2019 referente às competências específicas do EEESMO, no Regulamento n.º 140/2019 que apresenta as competências comuns dos enfermeiros especialistas e no ICM (2019) que define as competências essenciais para o exercício profissionalizado na área de Saúde Materna e Obstetrícia.

Importa esclarecer que, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), as competências comuns são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. O mesmo documento esclarece que as competências específicas se caracterizam por competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Assim, as competências comuns estabelecidas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente às competências específicas do EEESMO, o regulamento supracitado refere que o mesmo deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal,

climatério, doença ginecológica e, ainda, ao grupo-alvo de mulheres que se encontrem em idade fértil, inseridas na comunidade.

A UC Estágio em ESMO, decorreu entre setembro de 2023 e junho de 2024. O mesmo visou a passagem por diferentes contextos da prática clínica de ESMO: Gravidez Patológica, Ginecologia, Puerpério, Comunidade e Sala de partos.

Importa referir que, considerando o Projeto Individual de Estágio realizado (Apêndice I), o objetivo n.º 1, do plano de atividades, “Integrar a equipa multidisciplinar”, diz respeito a todos os ensinamentos clínicos (EC), sendo que a análise das atividades que os concretizam se fará em preâmbulo. A integração na equipa multidisciplinar é uma parte importantíssima para o EC, pela relação entre o processo de aprendizagem e a interação entre a mestrande e os enfermeiros e médicos dos serviços, acarretando benefícios na aprendizagem. A relação de empatia e confiança desenvolvida com todas as enfermeiras cooperantes dos diferentes EC é central para o cumprimento dos objetivos e desenvolvimento de competências.

Em todos os contextos foi realizado o acolhimento, no primeiro contacto, pela enfermeira responsável, tendo sido realizada a apresentação às respetivas equipas multidisciplinares e a visita guiada às instalações. Assim como, foram apresentadas as dinâmicas, normas, protocolos e instruções do serviço de cada local.

De considerar que, como os EC de Gravidez Patológica, Ginecologia e Sala de partos foram realizados na mesma instituição, a visita guiada foi realizada logo no primeiro dia para todos os contextos.

Em relação ao sistema de registos, o informático, em todos os locais foi utilizado o sistema *Glint*®, excetuando o EC de ESMO na Comunidade, onde foi utilizado o *SClínico*. Ambos os sistemas informáticos eram familiares, sem grande necessidade de integração. Já em relação à plataforma SiiMA, sistema de informação para gestão do circuito de programas de rastreio populacionais ou oportunistas, utilizado no EC de ESMO na Comunidade, esta exigiu tempo para conhecimento e manuseamento. Dos métodos de registos não informatizados utilizados nos diferentes EC destacam-se o partograma e os boletins individuais de saúde – Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) – importantes ferramentas para a transmissão da informação e para a continuidade dos cuidados. Durante os EC, foi observado que este tipo de registo era realizado de forma contínua e transversal, existindo algumas exceções. Em relação ao partograma, foi observado de que se trata de uma ferramenta valorizada pela equipa do EC de Sala de Partos e que todos cumpriam com o seu registo, revelando-se uma ferramenta efetivamente útil e com impacto nos cuidados prestados. Já em relação ao BSG e BSIJ, estes demonstraram-se ser uma grande ferramenta para a obtenção de dados e informações, mas por vezes, existiram lapsos

no preenchimento destes por outros profissionais, ou esquecimento destes pelas mulheres. Desta forma, apesar deles constituírem uma peça fundamental na vigilância e prestação de cuidados, revelaram aspetos negativos em relação aos sistemas informáticos.

Gradativamente, as funções dos elementos das diferentes equipas multidisciplinares foram compreendidas, existindo uma participação ativa na prestação de cuidados e na tomada de decisão com autonomia, dentro das competências do EEESMO, considerando a prática baseada em evidência científica e centrada nos princípios éticos e deontológicos da profissão, visando a promoção da segurança, privacidade, dignidade da pessoa e humanização dos cuidados.

4.1. APRENDIZAGENS EM ESMO NA GRAVIDEZ PATOLÓGICA

O decorrer da gravidez e sua vigilância, tornam-se numa oportunidade para identificar e/ou modificar situações de risco ou de patologia (DGS, 2016), assim, a vigilância detalhada pelo EEESMO torna possível a deteção precoce de quaisquer alterações.

Segundo Silva et al. (2021), a gestação é apontada como alto risco quando existe, por algum motivo, possibilidade de ocorrer um resultado adverso e/ou quando pré-existem fatores de risco que, podem provocar problemas de saúde ou mesmo causar a morte materna e/ou fetal. A saúde da mulher e/ou do feto encontra-se assim, em risco devido a patologia pré-existente ou que tenha surgido exclusivamente devido à gravidez, neste sentido a assistência a grávidas de alto risco exige a prestação de cuidados de enfermagem em situações mais complexas. Na gravidez de alto risco, o internamento hospitalar pode, por vezes, constituir-se necessário para essa vigilância e acompanhamento (Rodrigues et al., 2020).

No decurso do EC de ESMO na Gravidez Patológica foi possível desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais de forma a dar resposta às necessidades da mulher grávida com patologia, bem como, à sua família e/ou convivente significativo através da prestação de cuidados a grávidas com diferentes patologias ou fatores de risco, como: hipertensão arterial (HTA) crónica, HTA gestacional, ameaça de parto pré-termo, colestase gravídica, pielonefrite, hipotireoidismo, oligoâmnios, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e restrição de crescimento intrauterino. No entanto, as mais frequentes foram a HTA crónica, a HTA gestacional e a diabetes gestacional.

O EC de ESMO na Gravidez Patológica foi realizado num hospital de nível I, na Área Metropolitana de Lisboa. Esta unidade de saúde constitui uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde, que presta cuidados a cerca de 250 mil pessoas.

As horas afetas ao EC foram distribuídas entre a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna e o Internamento de Medicina Materno-fetal, pelo que serão descritos separadamente.

Consulta de enfermagem de saúde materna

Relativamente ao espaço físico, a Consulta de Enfermagem de Saúde Materna fica localizada no mesmo piso e corredor que a Consulta de Ginecologia, a Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e o Bloco de partos e é composta por dois gabinetes de enfermagem e três médicos.

No âmbito deste serviço são planeadas consultas de vigilância pré-natal de alto e baixo risco, consulta de enfermagem da diabetes, teleconsulta de reclassificação da diabetes e consultas de Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG).

A equipa de Enfermagem é constituída por duas EEESMO, sendo uma delas fixa na Consulta de Enfermagem e a segunda alterna entre duas outras enfermeiras da equipa de Obstetrícia. Nem sempre estão os dois elementos em simultâneo, verificando-se a presença de ambas as enfermeiras quando há mais do que um tipo de consultas agendadas ou em situações em que mais do que um médico tem agendamentos de consulta de obstetrícia de alto risco, concomitantemente.

Para admissão nas consultas as grávidas recorrem ao balcão de acesso às consultas ou realizam check-in nas máquinas de validação de presença. Seguidamente, são encaminhadas para a sala de espera, onde aguardam pela chamada para a consulta de Enfermagem de Alto Risco e depois para a consulta médica, ou para a consulta de Enfermagem de Baixo Risco. Nesta última, o EEESMO é autónomo na sua intervenção como previsto no regulamento, sendo que as mulheres só são observadas pela equipa médica em caso de desvios da normalidade identificados em consulta de Enfermagem. Importa referir que a consulta de Enfermagem de Baixo Risco recebe grávidas de termo, encaminhadas dos cuidados de saúde primários, com o objetivo de realizarem a consulta hospitalar onde se prevê que venha a ocorrer o parto, como preconizado no Programa de Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2016). Por sua vez, as grávidas que acedem à consulta de Enfermagem de Alto Risco fazem-no por encaminhamento do serviço de urgência onde recorreram durante a gravidez ou por solicitação dos cuidados de saúde primários em caso de identificação de risco acrescido para aquela gravidez.

Internamento de medicina materno-fetal

Relativamente ao espaço físico, o internamento de Medicina Materno-Fetal localiza-se no Serviço de Obstetrícia. Existe um espaço dedicado apenas à Medicina Materno-Fetal, que se encontra a meio do serviço, um espaço amplo, com três unidades individualizadas por cortinas de correr. Cada unidade possui uma cama articulada, um cardiotocógrafo, um armário para guardar as roupas e pertences e ainda um suporte para soroterapia. Essa sala possui uma secretária equipada para a EEESMO que fica designada, assim como carros de material de suporte de

enfermagem. Neste espaço ocorrem as induções de trabalho de parto (ITP), existindo capacidade para três mulheres, podendo existir também cesarianas eletivas programadas, que efetuam entrada e são devidamente preparadas para a cirurgia neste espaço. Para as grávidas patológicas existe um número de camas devidamente separado no servido, dependendo da necessidade, contando com seis camas preparadas para o efeito.

A equipa de Enfermagem é composta por vinte e sete EEESMO, sendo que, com exceção das manhãs em dias úteis que é assegurada quase sempre pela mesma enfermeira, alternam entre si dentro da equipa de Obstetrícia.

As grávidas patológicas são internadas através do serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia, provenientes do domicílio ou mesmo da consulta de vigilância da gravidez. As grávidas, admitidas conforme programação calendarizada, para cesarianas eletivas ou ITP, realizam a admissão no piso 0, pelas oito horas da manhã, sendo encaminhadas para o serviço, acompanhadas pela auxiliar de ação médica.

De seguida descreve-se as atividades desenvolvidas no EC supramencionado, analisando-as de uma forma crítica, refletindo de acordo com o Projeto Individual de Estágio.

No decorrer do EC em Consulta de ESMO, foram prestados cuidados a cento e vinte grávidas na consulta de alto risco e a vinte grávidas na consulta de baixo risco.

No que diz respeito ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/casal inseridos na família/comunidade em situação de Consulta de Gravidez de Alto Risco” definido para este EC, foram realizadas todas as atividades traçadas. Algumas dessas atividades, pela sua especificidade, tornaram-se mais desafiantes como no caso da palpação abdominal através das manobras de Leopold. De acordo com Carvalho & Neves (2020), estas manobras constituem-se como ferramenta essencial para determinar e avaliar a estática fetal a partir da trigésima sexta semana de gravidez. Esta atividade foi, talvez, das mais desafiantes e com maior necessidade de treino/prática, junto da enfermeira cooperante. Uma vez que, as manobras de Leopold permitem perceber a posição do feto, tornam-se uma ferramenta importante para a colocação do transdutor doppler para registo cardiotocográfico, que deve ser aplicado sobre o dorso do feto, especificamente na área cardíaca fetal (Afonso et al., 2020).

A cardiotocografia (CTG) é um sistema de registo da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina, através de sensores colocados sobre o abdómen da grávida, que permitem avaliar o estado de oxigenação fetal e avaliar as contrações uterinas (Afonso et al., 2020). É protocolo do serviço iniciar o registo de CTG pelas trinta e seis semanas, excetuando casos patológicos. O número de grávidas que recorrem à consulta de Enfermagem de Saúde Materna com

idade gestacional (IG) superior é elevado, tornando a monitorização do bem-estar materno-fetal por esta via e a sua avaliação atividades desenvolvidas com muita frequência. Em relação à auscultação do batimento cardíaco fetal, esta é recomendada em todas as avaliações após as dezasseis semanas de gravidez (Carvalho & Neves, 2020). Esta atividade, a auscultação com Doppler fetal, também foi realizada inúmeras vezes, pelo número razoável de grávidas com IG inferior a trinta e seis semanas e superior a treze semanas, conforme protocolado no serviço. A avaliação da altura do fundo uterino também foi uma prática bastante utilizada e com oportunidade de treino. Segundo Carvalho & Neves (2020), a partir das vinte e quatro semanas de gestação, esta deve ser realizada em todas as consultas e, em conjunto com a IG e com base em curvas parametrizadas, permitindo assim, acompanhar a evolução do crescimento fetal ao longo da gravidez.

A análise e avaliação do resultado dos exames complementares de diagnóstico é uma atividade realizada em ambas as consultas de enfermagem, de Alto e Baixo Risco. Esta atividade permite a vigilância do desenvolvimento normal da gravidez ou a deteção precoce de desvios da normalidade, sendo da também da responsabilidade do EEESMO, pela autonomia que lhe é conferida.

Uma das responsabilidades do EEESMO nestes contextos de consultas é a promoção da saúde da mulher grávida, seja de Alto ou Baixo Risco. As necessidades identificadas em ambas as consultas centraram-se nos desconfortos do desenrolar da gravidez e como poderiam melhorar, dúvidas sobre a monitorização da atividade fetal, como identificar o início do trabalho de parto (TP) e o momento do parto na instituição (protocolos e rotinas). Já, especificamente nas consultas de Alto Risco, as dúvidas focaram-se na patologia associada, terapêutica administrada, dieta, monitorização da glicémia e manifestação de sintomas associados.

No que diz respeito ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/casal inseridos na família/comunidade em situação de Internamento” definido para este EC, foram também desenvolvidas todas as atividades propostas.

Foram prestados, ao longo do EC, cuidados a dezoito grávidas internadas por patologia materno-fetal, a trinta grávidas para Indução de Trabalho de Parto (ITP) e a 17 para cesariana eletiva.

No internamento de medicina materno-fetal, o EEESMO possui grande autonomia, a equipa médica apenas realiza visita durante a manhã e faz a gestão de vagas em relação ao Bloco de Partos em conjunto com o EEESMO. Durante a tarde e noite, a equipa médica está disponível por telemóvel (por não ser o mesmo piso que o Bloco de Partos) deslocando-se quando o EEESMO avalia ser necessário. Em relação às mulheres que são admitidas para ITP ou cesariana eletiva, após

admissão no serviço foi-lhes realizado o acolhimento e explicado todo o desenrolar de atividades, obtendo o seu consentimento. Avaliou-se o seu estado geral, monitorizando-se os sinais vitais e CTG (incluindo manobras de Leopold e interpretação do traçado) em todas as grávidas. À medida em que a ITP avançava, com o surgimento de queixa por parte da grávida assim como de registo de CTG com dinâmica uterina sugestiva, foi possível realizar a cervicometria, tendo esta sido realizada sete vezes, principalmente no turno da tarde, de forma a coordenar com a equipa do Bloco de Partos (3 pisos inferior) a possibilidade de vaga. A cervicometria, é utilizada para avaliação do colo uterino, integridade das membranas e apresentação fetal (Carvalho & Neves, 2020).

Para ITP, no serviço em questão, habitualmente realiza-se a maturação do colo com recurso a prostaglandinas E1 (Misoprostol) habitualmente, orais. Ou, dependendo do caso e história obstétrica anterior, através de métodos mecânicos como o recurso a balão intracervical.

A ITP, define-se como uma forma de estimulação uterina artificial, com vista ao início da fase ativa do TP nos casos em que a manutenção da gravidez se considera menos favorável do que o seu término, quer para a mulher, quer para o feto (Monteiro et al., 2020).

A partir do momento em que a mulher inicia a fase ativa do TP, com contrações dolorosas e cujas medidas de alívio da dor não são suficientes para o seu controlo ou apresentam Índices de Bishop (avaliação do grau de maturação do colo uterino através de cervicometria) iguais ou superiores a sete, dá-se a transferência para o bloco de partos onde é realizada analgesia locorregional, se for esse o desejo da mulher. Também nas situações de registo de CTG não tranquilizador, a grávida é transferida para o bloco de partos. Esta situação ocorreu 4 vezes, na tentativa de ITP por prostaglandina oral, sendo necessário intervir de forma a recuperar a frequência cardíaca fetal (mudança de posicionamento reverteu todas as situações). Estas situações revelaram-se exigentes principalmente pela inexperiência inicial e pelo fator de stress que estas acarretam.

O medo e a insegurança face ao desconhecido, foi algo reconhecido em todas as grávidas, assim importa referir a importância da demonstração da disponibilidade e suporte emocional à grávida, escutando, marcando presença, empoderando-a e capacitando-a para o autocontrolo e autoconfiança.

Os objetivos “Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos” e “Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço” foram igualmente alcançados no EC, em ambos os locais: consulta de enfermagem e internamento.

Existiu o cuidado para a gestão eficaz e eficiente dos materiais, tempo, cuidados e recursos humanos, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, e tendo por base o

Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), consideram-se adquiridas competências nas áreas da melhoria contínua com o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade e na área da gestão. Durante todo o EC, houve investimento na formação individual e pessoal, em horas do EC e fora dele, no sentido de aprofundar conhecimento, baseado na evidência mais atual, de forma a poder desenvolver melhores cuidados (Regulamento nº 140/2019). Foi também possível realizar formação a terceiros, relativamente às grávidas.

No contexto de Consulta de Enfermagem de Alto Risco, surgiu a necessidade, identificada por mim e aprovada pela enfermeira cooperante, de elaborar um folheto formativo em relação à administração de insulino-terapia na gravidez. Esta necessidade surgiu decorrente de uma sessão realizada a três grávidas sobre o assunto. O folheto (Apêndice XII) foi elaborado e, posteriormente aprovado pela enfermeira cooperante e pela professora orientadora, tendo sido encaminhado ao serviço competente do hospital para sua disponibilização futura.

Em relação às formações em serviço, estas ocorreram fora do período designado de estágio, não sendo possível comparecer às mesmas, por questões laborais.

Assim, as competências obtidas em ambos os locais estão de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, particularmente no cuidar a mulher durante o período pré-natal, detetando atempadamente desvios da normalidade, atuando na prevenção das mesmas e providenciando cuidados facilitadores da adaptação à gravidez (Regulamento nº 391/2019). Em relação às competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), no cumprimento dos objetivos referidos, foram mobilizadas aquelas que compreendem práticas profissionais, éticas e legais respeitadoras, com base em evidência científica, elevando a qualidade dos cuidados.

As atividades realizadas ao longo do EC, estiveram alicerçadas no conhecimento científico e humanizado, tendo sempre em conta a prática do cuidado de enfermagem universal, mas também a culturalmente específica. A enfermagem transcultural esteve presente em todos os momentos de forma a, mais do que compreender as diferentes culturas contactadas, estar na base da prática culturalmente planeada e realizada (Leininger, 1978). Pois, segundo Leininger (1978) se a prática de enfermagem não considera os aspetos culturais da necessidade humana, as intervenções poderão ser ineficazes e/ou trazer consequências desfavoráveis para as pessoas. Tendo esta base, todas as intervenções realizadas foram sujeitas à sensibilidade em relação à cultura e valores culturais de todas as grávidas cuidadas. Este facto torna-se essencial em todos os contextos, mais ainda como foi o caso deste EC, a contextos a que recorrem um elevado número de mulheres imigrantes. Tanto em consulta, como em internamento, várias grávidas cuidadas eram oriundas de países que não Portugal, algumas tinham imigrado há pouco tempo (meses ou até

semanas), muitas não falavam a língua portuguesa e várias exigiam do EEESMO grande conhecimento acerca da sua cultura (por exemplo, caso de três muçulmanas que não poderiam ser atendidas por homens ou ainda, uma grávida africana que apresentava um cordão á volta da bacia que recusava a ser cortado). Esta realidade faz com que exista a necessidade de adequação de rotinas/protocolos/intervenções de maneira a prestar cuidados culturalmente sensíveis. Isto requer que o EEESMO desenvolva uma competência cultural de forma a prestar cuidados adequados e culturalmente sensíveis de acordo com o alvo dos seus cuidados.

Por fim, de referir que a relação estabelecida com as enfermeiras cooperantes funcionou como elemento facilitador do processo de integração e aprendizagem, em ambos os locais, mostrando cada uma total disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimento e habilidades específicos de ESMO.

4.2. APRENDIZAGENS EM ESMO NA GINECOLOGIA

No EC de ESMO em Ginecologia foi possível desenvolver diversas atividades que permitiram a aquisição de novas competências nas áreas do planeamento familiar e saúde preconcepcional, na área da fecundidade/fertilidade, na área da ginecologia e na área do climatério.

Este contexto foi desenvolvido num hospital de nível I, na Área Metropolitana de Lisboa, onde foi preconizada a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à mulher que está a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, perfazendo um total de 54h de EC.

A consulta de enfermagem de ginecologia ocorre num gabinete designado para o efeito, que se encontra no mesmo piso das Consultas de Enfermagem de Saúde Materna, da urgência de obstetrícia/Ginecologia e, ainda, do Bloco de Partos. Existem 5 gabinetes destinados à consulta médica para realização das consultas reservadas à ginecologia, ao planeamento familiar (PF) e à patologia do colo. Alguns gabinetes encontram-se equipados para realização de procedimentos no âmbito da ginecologia, como histeroscopia e no âmbito do diagnóstico pré-natal, como amniocentese, que são da responsabilidade da equipa de Ginecologia.

A equipa de enfermagem é constituída por três enfermeiras especialistas, que se distribuem ao longo do dia, em turnos de seis horas cada, assegurando que nas horas das consultas médicas, está pelo menos uma enfermeira disponível para a prestação de cuidados em situações não programadas.

As utentes seguem o mesmo percurso, anteriormente descrito para a consulta de saúde materna. As utentes que são observadas apenas na consulta de enfermagem dizem respeito à realização de tratamentos a feridas cirúrgicas complexas ou referenciadas para hospital e consultas

de preparação para histeroscopia. As utentes que vão realizar procedimentos cirúrgicos são encaminhadas para o gabinete da consulta médica, onde se encontra sempre um enfermeiro a prestar assistência no procedimento.

Considerando o Projeto Individual de Estágio, no que se refere o objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família/comunidade, a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica e/ou durante o período de climatério” consideram-se cumpridas com sucesso, todas as atividades delineadas para este EC. Foi possível não só observar como também intervir diretamente, realizando o acolhimento e educação para a intervenção cirúrgica, a preparação da mulher e a promoção do conforto durante o procedimento cirúrgico de diagnóstico ou despiste de patologia ginecológica (histeroscopia). Foi possível participar no total, em 27 histeroscopias. Neste exame o apoio psicológico prestado à mulher tornou-se essencial, conjuntamente com métodos de conforto e técnicas de distração da dor.

Quanto à consulta de patologia do colo, realizou-se a preparação do material, bem como, do apoio psicológico à mulher, observou-se uma colposcopia com biópsia, a quem foi detetada uma lesão causada pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV).

Quanto à consulta de PF, surgiram apenas três oportunidades de observar e participar ativamente, assistindo na colocação de Sistema Intrauterino e na realização da educação para a saúde intrínseca ao mesmo.

Como a consulta médica de Diagnóstico Pré-Natal é suportada pela equipa de enfermagem de Ginecologia, foi possível participar, prestando cuidados, em duas amniocentese. A amniocentese refere-se ao procedimento através do qual líquido amniótico é recolhido, sob controlo ecográfico, e através de punção abdominal, com o objetivo de identificar qualquer anomalia dos cromossomas fetais ou outras (Afonso & Santo, 2020).

Muitos dos tratamentos a feridas cirúrgicas, realizados na consulta de ginecologia, advém da interação existente entre a consulta e o internamento de ginecologia. Foram realizados cinco tratamentos a feridas cirúrgicas a mulheres que estavam no domicílio, mas que tinham sido submetidas a cirurgia ginecológica (por via laparotómica) nesta instituição. Também existe interajuda entre a equipa de enfermagem da consulta e do internamento, uma vez que foi possível realizar penso PICO (Sistema de terapia de feridas com pressão negativa) a uma mulher que encontrava internada.

Desta forma, foram obtidas competências no âmbito da promoção da saúde da mulher que vivencia processos de saúde/doença do foro ginecológico, no âmbito do PF e durante o período preconcepcional e no âmbito da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal,

englobando o diagnóstico precoce e prevenção de complicações e promovendo transições seguras (Regulamento nº 391/2019, 2019) assim como, competências comuns relativas à prática de cuidados segundo princípios éticos, deontológicos e normas legais e que promovem um ambiente terapêutico e seguro. Foi possível colocar em prática através de conhecimento, apoiado na evidência científica mais atual, gerindo os cuidados e adaptando os recursos às necessidades e contribuindo na tomada de decisão (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Finalmente, considerando o objetivo “Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos”, encontraram-se cumpridas as atividades propostas, foram observados e questionados os circuitos de reposição e distribuição dos vários materiais e medicação utilizada. Tanto no início do EC, como em cada técnica realizada ao longo do mesmo, existiu exploração dos materiais e instrumentos específicos desta área, bem como o conhecimento sobre o circuito dos materiais após a sua utilização, por forma a garantir o melhor uso e gestão dos recursos. A gestão do tempo e estabelecimento de prioridades contribuíram para a otimização da gestão dos cuidados, assim como foi possível, durante e especialmente no fim do EC, ganhar autonomia e responsabilidade perante as intervenções e atividades propostas.

Por outro lado, em relação ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço”, por motivos de escassez de tempo, não foi possível realizar atividades neste sentido. O próprio serviço não tinha a decorrer, no momento do EC, formação em serviço.

Neste EC, não existiu contacto com mulheres imigrantes, o que não invalida o facto de a enfermagem transcultural estar presente em todos os momentos de forma a, mais do que compreender as diferentes culturas contactadas, estar na base da prática culturalmente planeada e realizada (Leininger, 1978).

Desta forma, consideram-se conseguidas novas competências durante o EC de ESMO em Ginecologia, sendo este momento uma mais-valia no processo de aquisição da perícia e das competências de EEESMO.

4.3. APRENDIZAGENS EM ESMO NO PUERPÉRIO

O puerpério corresponde ao período que se inicia imediatamente após o parto e que se estende até 6 semanas (42 dias) após este (OMS, 2022). Este é caracterizado como um período crítico para a mulher e para o RN.

Segundo a OMS (2022), os cuidados de saúde prestados neste período são fundamentais e constituem uma base para alcançar uma boa saúde reprodutiva, materna e infantil. Cronologicamente, o puerpério pode ser dividido em: puerpério imediato, que para alguns autores corresponde às primeiras 2 horas após o parto (Lobão, 2017) ou às primeiras 24h (Graça, 2017); puerpério precoce, que se considera até ao final da primeira semana após o parto; e por último o puerpério tardio, que se situa entre a segunda e sexta semana após o parto (Lobão, 2017). Ao longo do EC foi perceptível que, embora os cuidados prestados no período de puerpério em ambiente hospitalar se limitem às primeiras 48 ou 72 horas após o parto (dependendo do tipo de parto e/ou da situação de saúde materna/infantil), estes não se podem resumir a este momento. Torna-se essencial definir e implementar na prática um plano de cuidados para esta etapa, avaliá-lo e promover a sua continuidade após a alta.

A parentalidade apresenta-se como uma transição na vida da mulher/casal, que pode iniciar-se antes do nascimento, mas intensifica-se no pós-parto, com o nascimento do bebé. Desta forma, neste contexto de cuidados onde foi desenvolvido o EC, surge uma grande necessidade de apoio emocional por parte do EEESMO, de educação e promoção de saúde e de promoção do desenvolvimento das capacidades parentais de forma a capacitar a mulher/casal, numa perspetiva de preparação para os cuidados necessários para o regresso ao domicílio (OE, 2015). Assim, todas as intervenções realizadas centraram-se na filosofia de cuidados centrada na pessoa, neste caso na mulher/casal, através do estabelecimento de uma parceria de cuidados, com objetivo de reforçar e manter a crença da mulher/casal nas suas próprias competências parentais, com objetivo de promover a sua capacitação.

O EC de ESMO no Puerpério desenrolou-se num hospital distrital público, de nível I, integrado no SNS, onde foi preconizada a prestação de cuidados especializados de Enfermagem à puérpera, Recém-nascido (RN) e família na transição em curso, promovendo a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos inerentes. Esta unidade de saúde constitui uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde, que presta cuidados a cerca de cerca de 184,5 mil habitantes.

O serviço de puerpério desta instituição encontra-se no mesmo piso do que o Bloco de Partos. Assim, importa referir, que o internamento de grávidas patológicas se faz no espaço físico do puerpério, ficando a enfermeira responsável por essa grávida com a responsabilidade de a levar até ao Bloco de Partos para monitorização materno-fetal, nomeadamente realização de CTG uma vez que não existem condições para ser realizado no serviço de puerpério. Dentro do espaço físico destinado ao puerpério, a meio do serviço, encontramos um local tipo *open space* onde se encontra o serviço de neonatologia do hospital. Desta forma, a equipa de enfermagem é constituída apenas

por enfermeiras especialistas em saúde infantil e EEESMO. A equipa é constituída por um total de trinta enfermeiras. No turno da manhã, apresentam-se quatro enfermeiras e no turno da tarde e da noite estão três. Além disso, em dias úteis no período da manhã, está sempre presente uma enfermeira responsável, que apoia o turno, geralmente no âmbito da gestão, mas que, em caso de necessidade, intervém na prestação de cuidados.

As díades/tríades acedem ao serviço provenientes do recobro ou de um dos quartos do bloco de partos, ficando à responsabilidade da enfermeira do puerpério acompanhar a puérpera desde o Bloco até ao seu quarto.

De acordo com o objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à puérpera/recém-nascido/casal no período pós-natal” foram realizadas todas as atividades propostas para lhe dar resposta. Foram prestados, ao longo do EC, cuidados a cento e quarenta e três puérperas e cento e cinquenta RN. Em relação aos cuidados prestados às puérperas, todas as atividades foram cumpridas.

De acordo com a recomendação 55 da OMS (2018), todas as puérperas devem ser submetidas a avaliações regulares, durante as primeiras 24 horas, por forma a detetar situações de atonia uterina, hemorragia vaginal, alteração de temperatura ou frequência cardíaca. Neste período, a vigilância é extremamente importante para garantir que, em caso de complicações, a atuação seja imediata. Assim, uma avaliação céfalocaudal completa da puérpera é essencial, a qual inclui: a avaliação dos sinais vitais, das características da pele, mamas, útero, lóquios, períneo, da eliminação vesical e intestinal, dos membros inferiores, do estado geral e do estado nutricional da mulher (Santos & Baptista, 2016). Em cada turno realizou-se a avaliação hemodinâmica da puérpera, garantindo a sua estabilidade. Em contexto de prática clínica, foram prestados cuidados a mulheres com diagnóstico de HTA crónica ou associada à gravidez. O diagnóstico de HTA é também uma das causas mais comuns de mortalidade materna (Pimenta, 2020). Assim, a vigilância no pós-parto, dos valores tensionais, torna-se de extrema importância.

No primeiro levante após o parto, foi realizada também, a avaliação dos parâmetros vitais e do estado geral da puérpera para evitar episódios de hipotensão ortostática – com lipotimia ou síncope – favorecidos pela diminuição da pressão intra-abdominal aquando do nascimento, que promove a vasodilatação e conseqüente estase sanguínea (Lowdermilk, 2009). Desta forma, justifica-se a necessidade do acompanhamento de Enfermagem efetivo no primeiro levante da puérpera, que no referido serviço é realizado, às quatro horas após parto eutócico ou distócico e às seis horas após cesariana, dependendo do estado geral da puérpera avaliado anteriormente. Ao levante, procede-se a prestação dos cuidados de higiene, que de acordo com Perry et al. (2023),

promovem o conforto e segurança da mulher, sendo que no caso das mulheres submetidas a cesariana, é-lhes removido, neste momento, o cateter vesical, se não houver contra-indicação.

Também a avaliação da integridade e aspeto da pele e mucosas foi assegurada e relacionados os achados com outras informações relevantes sempre que se justificou. Na avaliação da pele inclui-se a ferida cirúrgica abdominal que requer vigilância no sentido da prevenção de complicações (Silva, 2019). Se a puérpera foi submetida a cesariana, é admitida no serviço com um penso compressivo que deve ser removido às vinte e quatro horas pós-parto, segundo protocolo do serviço, ficando com um penso de proteção que deve ser vigiado em cada turno, sendo que a avaliação da ferida cirúrgica deve ser realizada no dia da alta, ou sempre que se justifique. Foram sempre explicados os sinais de alerta em relação à ferida cirúrgica. A puérpera era sempre capacitada para identificar alterações no seu estado geral e alertar os profissionais de saúde, sendo efetuada para tal educação para a saúde neste sentido, e fornecido o botão para acionar a campainha de chamada.

Nas puérperas que tencionam amamentar, a inspeção da mama e mamilo é preconizada na avaliação que se realiza. Por forma a auxiliar no processo de amamentação e a promover o conhecimento acerca dos cuidados em relação às mamas e mamilos no pós-parto. A maioria das dificuldades centrou-se em maceração/fissuras mamilares e tensão mamária derivada da “descida do leite”. De acordo com Santos & Baptista (2016) a transição da secreção do colostro para a secreção de leite inicia-se cerca de trinta a quarenta horas após o parto, com um pico (descida do leite) perto das setenta horas, altura em que aumenta a tensão mamária e se identificam as maiores dificuldades. Estas dificuldades referidas pelas puérperas, ao longo do EC, constituíram uma ponte para a promoção e implementação atempada de estratégias que atenuem o processo, providenciando maior conforto para a mulher. Visto que o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses é uma recomendação da OMS (2022), as atividades implementadas no EC visam medidas de promoção e proteção do aleitamento materno, quando aplicável, incluindo intervenções no âmbito do ensino, nomeadamente dos cuidados à mama, subida do leite, alterações nas características do leite, prevenção de complicações, horário e posição para amamentação, sinais de boa pega e sinais de fome e saciedade do recém-nascido.

A involução uterina, a avaliação dos lóquios e do períneo foram avaliados em todas as avaliações obstétricas realizadas, uma vez no turno ou sempre que necessário. De acordo com a OMS (2014), “a vigilância do tónus uterino através da palpação abdominal é recomendada em todas as mulheres para possibilitar a identificação precoce de atonia uterina pós-parto” (p.4). A par da vigilância encontra-se a transmissão de informação à mulher, acerca dos cuidados que estamos a prestar. Durante a palpação do útero era explicado à mulher que esta observação possibilitava a

verificação da existência de contração uterina, sendo que esta permite que o útero involua até ao seu local anatómico, o que leva à hemóstase do local onde estava inserida a placenta, processo este que provoca dor, tipo cólica menstrual.

De acordo com Vilela et al. (2020), a involução uterina traduz-se no processo de contração das células musculares do miométrio, com conseqüente redução progressiva das dimensões do útero, que se inicia imediatamente após a dequitação. Esta contração promove a hemóstase, essencial para evitar situações de hemorragia pós-parto, uma das principais causas de morbimortalidade materna (Vilela et al., 2020). Na avaliação dos lóquios foram analisadas as suas características ao nível da aparência, quantidade e cheiro. Os lóquios, vão variando as suas características ao longo do puerpério. A sua vigilância é importante, uma vez que a alteração da sua quantidade ou a persistência no tempo, para além do período do puerpério, assim como alterações das suas características, nomeadamente cor e cheiro, podem indicar uma hemorragia ou uma infeção.

A avaliação do estado do períneo é importante em puérperas após parto vaginal, nomeadamente na identificação de hematoma ou edema vulvar, presença de hemorroidas e vigilância da ferida perineal, seja por laceração ou episiotomia (Silva, 2019).

A dor no pós-parto é referida pela grande maioria das puérperas, nos mais diversos locais anatómicos, dependendo do tipo de parto. Desta forma, a avaliação e valorização da dor da puérpera no internamento de obstetrícia foi sempre garantida, no sentido da sua gestão e alívio. Considerando os protocolos do serviço, a puérpera após parto por via vaginal é admitida no serviço apenas com acesso venoso periférico e nas primeiras vinte e quatro horas a analgesia é administrada por via endovenosa. Após este período, o cateter venoso periférico é removido e a via de administração para a ser oral. Por sua vez, as mulheres submetidas a cesariana, são admitidas no serviço com cateter epidural e acesso venoso periférico, que mantêm por vinte e quatro horas, sendo removido o epidural ao fim deste tempo e sendo o periférico mantido até às quarenta e oito horas.

A puérpera pode manifestar dor perineal, devido a trauma perineal, episiotomia ou pela presença de hemorroidas e ainda dor abdominal, devido à ferida cirúrgica secundária da cesariana ou cólica decorrente da amamentação, ou dor músculo-esquelética devido ao próprio TP. Esta dor e desconforto compromete o bem-estar da mulher, a sua recuperação, interfere no seu autocuidado e também nos cuidados e ligação ao RN. Desta forma, uma das atividades cumpridas foi o proporcionar alívio da dor sentida através de medidas farmacológicas ou não farmacológicas. Além da analgesia prescrita, incentivou-se o uso da crioterapia e da deambulação, dependendo do local e tipo de dor. Segundo Perry, et al. (2023), a crioterapia constitui um método não

farmacológico eficaz no alívio da dor, sendo mais utilizado em situações de ferida cirúrgica perineal, hematoma ou edema. O gelo provoca um efeito de vasoconstricção, reduzindo o processo inflamatório e por sua vez, promovendo o conforto e alívio da dor. No caso de cefaleias, principalmente quando se suspeitou de punção da dura-máter, que aconteceu uma vez, foi necessário a comunicação com a equipa multidisciplinar e proporcionar medidas de alívio específicas.

A manutenção da eliminação vesical e intestinal pela puérpera também foi um aspeto avaliado e validado junto da mesma em cada avaliação obstétrica. A micção espontânea após o parto foi também um aspeto sempre valorizado, tendo sido vigiada nas primeiras horas pós-parto. Conforme Perry et al. (2023), pode existir no pós-parto uma diminuição da vontade de urinar que se justifica pela capacidade aumentada e complacência da bexiga, pelo traumatismo do parto e pelos efeitos secundários decorrentes da anestesia. No entanto, a bexiga cheia interfere com a capacidade de contração do útero, podendo conduzir à hemorragia. Por outro lado, um útero que não contrai eficazmente favorece a retenção urinária, criando condições para o desenvolvimento de infeção.

Em relação à eliminação intestinal, verificou-se ser uma questão de grande dificuldade para quase todas as puérperas. Fatores como a utilização de laxantes no TP, jejum prolongado, desidratação, anestesia, dor ou medo podem atrasar o restabelecimento do trânsito intestinal. Contudo, atendendo ao protocolo de serviço, a alta hospitalar deve considerar a recuperação da motilidade intestinal pelo que as puérperas foram incentivadas a adotar estratégias facilitadoras do processo, como aumento do aporte hídrico, ingestão de alimentos ricos em fibras e deambulação.

A avaliação dos membros inferiores é importante na avaliação obstétrica no sentido de identificar situações de risco, como efeitos trombóticos, pelo risco aumentado dos mesmos no período do puerpério (Lowdermilk, 2009).

O pós-parto é um período de grande vulnerabilidade, que leva ao desencadeamento de alterações hormonais, biológicas, sociais e psico-emocionais, designadamente o *blues* pós-parto, as quais variam de mulher para mulher (DGS, 2022; Lowdermilk & Perry, 2008). São marcados por grandes exigências ao nível da adaptação psicossocial, associada às transformações do papel parental nas relações familiares e na autoimagem corporal sendo que, muitas mulheres, sofrem frequentemente de privação do sono e baixa autoestima (DGS, 2022). O puerpério é uma etapa na qual a mulher se encontra mais vulnerável e tem maior probabilidade de desenvolver ou agravar perturbações psiquiátricas, uma vez que o seu foco está direcionado para a proteção e o bem-estar do seu RN, em detrimento do seu próprio bem-estar (Leitão, 2016). Desta forma, é essencial que o

cuidar em Enfermagem preconize o apoio emocional e a disponibilidade para que as puérperas desenvolvam a estabilidade e segurança necessárias ao estabelecimento do novo papel. O EEESMO, pela proximidade e pela capacidade de avaliação clínica, deve estar atento, para identificar sinais destas possíveis alterações.

A avaliação do RN, conforme preconiza o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019), através da monitorização, promoção da saúde e deteção precoce de complicações na sua saúde, também foi realizada ao longo do EC.

A transição da vida fetal para a vida extrauterina faz-se através de inúmeros mecanismos de adaptação biológica do RN, que a partir desse momento se faz biologicamente independente, essencialmente nas funções de respiração e oxigenação (Chaves, 2014).

A avaliação do RN torna-se fundamental pois compreende a observação do aspeto geral e do comportamento, seguido de um exame físico ordenado no sentido céfalo-caudal para detetar variações à normalidade ou achados anormais, sendo que os conhecimentos dos resultados normais esperados durante a avaliação ajudam a reconhecer alterações que possam impedir o desenvolvimento do bebé no início do período pós-natal (Wheeler, 2014). Foram avaliados aspetos do RN: avaliação de pele e mucosas, características da respiração, reflexos, postura corporal, características do choro, eliminações, avaliação do peso e avaliação do coto umbilical (realizando educação para a saúde aos pais, acerca dos cuidados com o coto umbilical pós-alta). A vigilância e monitorização das características do coto umbilical, quanto ao seu aspeto, cheiro, sinais inflamatórios e exsudado é essencial e foi amplamente realizada no EC. Relativamente à técnica de limpeza do mesmo, o protocolo do serviço vai ao encontro do que aponta a evidência científica como melhor prática, ou seja, a técnica seca, ou seja manter o coto limpo e seco, sem aplicar qualquer soluto e apenas realizando a secagem com compressa limpa após os cuidados de higiene. Assim, apenas se o coto apresentar algum sinal inflamatório que pondere risco de onfalite, é que se realiza a limpeza com álcool 70% numa compressa, em cada muda de fralda. Existiu um caso de suspeita de onfalite e um de dificuldade respiratória (cianose, taquipneia, adejo nasal, ruídos respiratórios e tiragem), os quais foram comunicados à equipa médica. Foram explicados aos pais os cuidados a ter.

Também a pele dos RN pode apresentar alterações consideradas comuns e transitórias, como o *millium* sebáceo, o eritema tóxico, a mancha mongólica, a presença de lanugo e vérnix caseoso. Em todas as observações cujo RN apresentasse alguma destas alterações, foi explicado aos pais que se tratam de situações limitadas no tempo e que não requerem qualquer tratamento ou vigilância. Relativamente à acrocianose do RN, esta é considerada normal se não persistir além das primeiras vinte e quatro horas de vida (Santos et al., 2020). Por sua vez, quando identificadas

alterações cutâneas que pudessem interferir com o bem-estar do RN, como a icterícia, era comunicado ao médico pediatra. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN] (2013) a icterícia neonatal manifesta-se em 60% dos RN de termo e surge normalmente vinte e quatro horas após o nascimento, não constituindo na maior parte das vezes risco para o RN – icterícia fisiológica. Contudo, níveis elevados de bilirrubina sérica podem ser tóxicos no sistema nervoso central. Assim, a presença da coloração amarelada na pele e esclerótidas, sobretudo no tronco e membros, considerando que a sua evolução é céfalo-caudal (SPN, 2013), foi alvo de vigilância por parte da equipa de Enfermagem e equipa médica, pela eventual necessidade de tratamento. Existiram quatro casos de RN que necessitaram de tratamento de fototerapia através de aparelho adequado, em alojamento conjunto. Nestes RN, foi necessário realizar colheita de sangue venoso, para monitorização de parâmetros.

A observação dos RN durante o momento da amamentação permitiu não só avaliar as necessidades dos pais de conhecimento sobre o tema, como também permitiu avaliar os reflexos de sucção e deglutição do RN e a coordenação entre eles (Santos et al., 2020).

A vigilância da eliminação urinária do RN é fundamental para avaliar o bem-estar do mesmo e adaptação à vida extrauterina, sendo que nas primeiras doze a vinte e quatro horas, este pode não apresentar micções. Contudo, após este período, é expectável que se verifiquem entre seis a dez micções a cada dia (Perry, 2009). As características da urina também devem ser avaliadas e explicadas aos pais, esta deve ser clara e límpida, sendo indicativo de uma adequada ingestão de líquidos, ainda que se possam verificar manchas de cor laranja/avermelhada na fralda, sendo que se trata de uma situação normal de eliminação dos cristais de urato (Perry et al. 2023). Em relação à primeira eliminação de mecónio, esta deve ocorrer até às primeiras quarenta e oito horas de vida do RN e que a frequência das dejeções é muito variável na primeira semana, sendo mais frequentes a partir do terceiro dia de vida (Perry, 2009).

O desconforto abdominal, tão conhecido pelos pais como “cólicas do bebé” representou uma necessidade em quase todos os turnos do EC. Este desconforto está relacionado com a imaturidade do sistema gastrointestinal do RN e, por isso, estes apresentam maior propensão para a formação de gases que causam dor. A massagem abdominal surge como método de alívio da dor através da eliminação de gases (Ramos et al., 2014). As técnicas de alívio e desconforto do RN, foram amplamente exploradas e realizadas, envolvendo o casal para favorecer a sua autonomia e conhecimento no regresso a casa. Essas técnicas envolveram a massagem clássica, assim como a técnica de massagem “I LOVE U”, a técnica de *swaddling*, posicionamento, pele com pele e aconchego. Existiram casos de última linha, em alguns RN, de recorrer à estimulação para libertação de gases e mecónio para alívio.

Em relação aos cuidados de higiene, o banho propriamente dito é definido por protocolo de serviço, salvo exceções, apenas ser realizado aguardando no mínimo as doze horas pós-parto. Durante o EC, aos casais contactados, foi explicado os benefícios no atraso do banho completo ao RN. Quando os pais pretendem realizar o banho, este é realizado e são efetuados todos os ensinamentos inerentes ao procedimento.

Existiu um caso de um RN que apresentou engasgamento, o qual foi revertido através de manobra, a qual foi ensinada aos pais. Esta manobra é, por rotina do serviço, explicada e demonstrada pela equipa de enfermagem quando realizam o primeiro banho do RN.

Também foi necessária realização de lavagem gástrica a dois RN, por regurgitação e expulsão de secreções do parto, acompanhado de recusa alimentar.

O rastreio das cardiopatias congénitas é da responsabilidade da equipa de enfermagem, desta forma, foram realizados inúmeros rastreios. Este rastreio, que permite detetar hipoxia associada à disfunção cardíaca, permitindo identificar e referenciar atempadamente (Sequeira et al., 2020), por protocolo do serviço, realiza-se entre as vinte e quatro e as quarenta e oito horas de vida, durante o turno da tarde. Também a vacina BCG, vacina atenuada para prevenção de tuberculose é da responsabilidade da equipa de enfermagem no puerpério. Desde o momento de admissão da puérpera até ao dia antes da alta deve ser investigado se o RN reúne os critérios definidos pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2023). Se apresentar critério esta deverá ser administrada até ao dia antes da alta, por rotina no turno da tarde.

Em relação ao Diagnóstico Precoce (DP), este foi realizado duas vezes no EC, em RN cujo internamento se prolongou além das setenta e duas horas de vida. O DP permite diagnosticar transtornos hereditários geralmente de etiologia metabólica em recém-nascidos aparentemente saudáveis (Sequeira et al., 2020).

As competências adquiridas e desenvolvidas vão ao encontro do explícito no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO, especificamente no cuidado à mulher durante o período pós-natal, atuando no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do RN e facilitando o processo de transição e adaptação à parentalidade (Regulamento n.º 391/2019, 2019). Em relação às competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), no cumprimento dos objetivos referidos, foram mobilizadas aquelas que compreendem práticas profissionais, éticas e legais respeitadoras, com base em evidência científica, elevando a qualidade dos cuidados.

A enfermagem transcultural esteve presente em todos os momentos de forma a, mais do que compreender as diferentes culturas contactadas, estar na base da prática culturalmente planeada e realizada (Leininger, 1978). Tendo esta base, todas as intervenções realizadas foram sujeitas à sensibilidade em relação à cultura e valores culturais de todas as puérperas cuidadas.

Trata-se de um contexto ao qual recorre um elevado número de mulheres imigrantes. Várias das puérperas cuidadas eram oriundas de países que não Portugal, algumas tinham imigrado há pouco tempo (meses ou até semanas), muitas não falavam a língua portuguesa e várias exigiam do EEESMO grande conhecimento acerca da sua cultura (por exemplo, várias puérperas que não falavam o português nem o inglês, o que requereu da utilização de inúmeras estratégias como recurso a aplicações de tradução ou outros recursos, ou, por exemplo, puérperas que, segundo a sua cultura, não podiam ser elas a dar o primeiro banho ao RN por uma crença e ainda, a utilização de um óleo religioso no coto umbilical do RN). Esta realidade faz com que exista a necessidade de adequação de rotinas/protocolos/intervenções de maneira a prestar cuidados culturalmente sensíveis. Isto requer que o EEESMO desenvolva uma competência cultural de forma a prestar cuidados adequados e culturalmente sensíveis de acordo com o alvo dos seus cuidados.

Em relação ao objetivo “Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos”, consideram-se alcançadas e realizadas todas as atividades propostas para o mesmo. Existiu o cuidado para a gestão eficaz e eficiente dos materiais, tempo, cuidados e recursos humanos, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, e tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), consideram-se adquiridas competências nas áreas da melhoria contínua com o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade e na área da gestão. Durante todo o EC, houve investimento na formação individual e pessoal, em horas do EC e fora dele, no sentido de aprofundar conhecimento, baseado na evidência mais atual, de forma a poder desenvolver melhores cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Por outro lado, em relação ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço”, por motivos de indisponibilidade pessoal e por escassez de tempo, não foi possível realizar atividades neste sentido. O próprio serviço não tinha a decorrer, no momento do EC, formação em serviço.

Missão/Voluntariado

Importa realçar que, no início deste EC, foi permitida pela Escola que cerca de uma semana deste EC, fosse concedida para realizar uma viagem de voluntariado missionária em conjunto com a ONG anteriormente apresentada no início deste relatório: HOPE for Fulanis. Esta viagem contribuiu para um crescimento pessoal e profissional, tal como para o desenvolvimento de competências de ESMO. Foi garantida a supervisão de uma parteira certificada pela escola de parteiras da Guiné-Bissau, e foram realizadas consultas de vigilância pré-natal, visitas domiciliárias pós-parto na aldeia onde a ONG desenvolve a sua atividade. Esta oportunidade constituiu

momentos únicos de aprendizagem, nomeadamente em relação à prestação de cuidados de saúde materna num país diferente, num continente diferente, uma realidade social e religiosa distinta e com uma cultura completamente diferente. Desta forma, prestar cuidados de ESMO no ambiente de uma população que imigra em grande escala para Portugal, constituiu um terreno fértil de obtenção de conhecimento e prática de cuidado cultural. Estar no ambiente original de cada pessoa, entranhada na sua cultura e estilo de vida, muda a nossa perceção do cuidado cultural porque a necessidade de mudança e adaptação é muito mais evidente e urgente. A falta de meios e recursos materiais, a falta de acesso a uma higiene pessoal mínima e a falta de recursos humanos especializados foram das principais dificuldades sentidas, exigindo uma capacidade pessoal de adaptação e entendimento.

Após a viagem, quando se volta à prática diária de trabalho e ao EC proposto, ao contactar com mulheres imigrantes deste país ou até de outros, a perspetiva muda, a compreensão aumenta e aspetos que até então eram desconhecidos ou incompreendidos tornam-se claros. Foi clara a conclusão de que esta viagem proporcionou também um estabelecer mais fácil de relação com estas mulheres imigrantes, pois estas sentiam-se confiantes ao saber que a enfermeira que as estava a acompanhar conhecia a sua realidade de vida no país de origem. A comunicação tornou-se mais fluída e a abertura para a promoção da saúde mais evidente.

Desta forma, após o regresso e início da atividade no EC, na instituição acima referida, tornou-se ainda mais clara a necessidade de adaptação dos cuidados de enfermagem a cada cultura. Quando se vive uma realidade tão emergente de diversidade cultural, como nunca vista, conseguem-se observar claramente, através desta experiência pessoal, e dos EC realizados até então, os pressupostos básicos da enfermagem transcultural definidos por Leininger (1991). É crucial o entendimento de que todas as culturas possuem características particulares em relação ao comportamento relativo ao cuidado, o qual é vulgarmente conhecido pelos integrantes da própria cultura, mas recorrentemente desconhecido por enfermeiras com uma bagagem cultural diferente. Assim, a enfermagem transcultural vai para além de um estado de consciência até ao ponto de usar o conhecimento da cultura do cuidar em enfermagem para praticar um cuidar culturalmente congruente e responsável.

Foi proposta a partilha de conhecimentos e habilidades decorrentes desta experiência. Deste desafio surgiu uma comunicação oral elaborada pela mestranda em conjunto com uma colega de mestrado que também participou na missão, denominado “Relato de Experiência – Ensino Clínico e Missão de Voluntariado na Guiné-Bissau”. O resumo desta experiência foi submetido e aprovado na Revista UI_IPSantarém (Apêndice X). Tendo sido apresentado no evento EdSex, realizado na Escola Superior de Saúde de Santarém (Apêndice XI).

4.4. APRENDIZAGENS EM ESMO NA COMUNIDADE

Os cuidados de saúde primários (CSP), correspondem ao primeiro contacto que as pessoas, pertencentes a uma comunidade, têm com o sistema de saúde. Estes cuidados referem-se à saúde e bem-estar da sociedade, e focam-se nas necessidades e preferências da pessoa, famílias e comunidade, prestando cuidados completos durante o seu ciclo vital e assegurando a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (OMS, 2021), objetivando a promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção da doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político (Correia, 2001).

Os CSP distribuem-se em Unidades Funcionais que dão resposta às necessidades da população de determinada área geográfica, podendo classificar-se em Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (Decreto-Lei n.º 28/2008). Com a transição para o modelo de Unidades Locais de Saúde (ULS), um modelo organizativo visa garantir uma prestação de cuidados de saúde integrada dos CSP e dos cuidados hospitalares, é fundamental uma resposta primária mais próxima das populações por parte dos CSP e a referenciação para os demais níveis de natureza hospitalar quando necessário (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

A Unidade de Saúde Familiar (USF), modelo USF-B, foi o local escolhido para realizar o EC de ESMO na comunidade. Esta USF pertence à região da ARS Lisboa e Vale do Tejo, tendo sido integrada em 2024 numa ULS: Unidade Local de Saúde da Lezíria. Esta USF apresenta cerca de onze mil cento e vinte e nove pessoas inscritas, sendo cinco mil seiscentas e sessenta e oito mulheres, todas com médico e enfermeiro de família atribuído. Neste contexto, foi proposta a prestação de cuidados de enfermagem à mulher inserida na família e comunidade, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade (Regulamento n.º 391/2019, p. 13561).

No que diz respeito à estrutura física da USF, as consultas da especialidade são realizadas em dois gabinetes, um de consulta e um de ginecologia, equipado para realização de procedimentos referentes a esta área. A equipa de enfermagem é constituída por seis enfermeiras, sendo que apenas uma é EEESMO. Estas seis enfermeiras fazem equipa com seis médicos correspondentes.

Em relação a como é efetuado o circuito dentro da USF, a pessoa que recorre a consulta de enfermagem é admitida em primeiro lugar pelos serviços administrativos e aguarda na sala de

espera, onde é chamada para gabinete, primeiramente para enfermagem e só depois para consulta médica, se for o caso. Nos casos de vacinação, realização de tratamentos a feridas, ou colpocitologias, as mulheres são chamadas para gabinetes próprios e são, normalmente, apenas assistidas pela enfermeira.

Foram realizados setenta e um atendimentos a mulheres, tendo quatro sido realizados a grávidas de baixo risco; dez a puérperas; vinte a mulheres em contexto de PF e trinta e sete a mulheres para realização de colpocitologias. Foram ainda realizados dez atendimentos a RN, na primeira consulta de puerpério.

Com base no Projeto Individual de Estágio elaborado, expõem-se seguidamente as atividades realizadas no âmbito deste contexto clínico.

Face o objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à pessoa/casal inseridos na família/comunidade, no âmbito do planeamento familiar e período pré concecional/ pré-natal/ pós-natal e ao recém-nascido/ no período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica”, consideram-se cumpridas todas as atividades que lhe dão resposta, excetuando a realização de sessões de preparação para o parto, estas não foram realizadas porque a enfermeira responsável pelas mesmas se encontrava de baixa médica no momento do EC e, por isso, estas sessões estavam em suspenso.

Assim, em relação às atividades realizadas, referente à competência específica de cuidar da “mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (Regulamento n.º 391/2019), nesta USF, é da responsabilidade do EEESMO a realização dos rastreios de cancro do colo do útero, sendo estes realizados através de rastreio organizado ou rastreio oportunista. Das trinta e sete mulheres às quais foi realizado o rastreio através de colpocitologia, apenas dez foram através de rastreio oportunista, através da consulta de PF. Para as restantes, foi elaborado um documento em conjunto com a enfermeira orientadora, para perceber quais as elegíveis para o ano corrente, tendo sido cada uma contactada por via telefónica e marcado o procedimento em relação à sua disponibilidade e horários existentes. As colpocitologias realizadas foram em meio líquido.

Em relação à competência cuidar a “mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional” (Regulamento n.º 391/2019) esta foi trabalhada através de atividades que ambicionam a promoção da saúde e o bem-estar reprodutivo, sendo fundamentais na prestação de cuidados em saúde reprodutiva, onde se incluem os cuidados pré-concepcionais e do âmbito da infertilidade (DGS, 2008).

Com respeito às consultas de PF, todas as consultas realizadas tiveram o objetivo de seleção, acompanhamento e fornecimento de método contraceptivo. Nestas consultas efetua-se a avaliação dos dados biométricos (peso, altura e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)), assim como, a avaliação de sinais vitais e a colheita da história familiar, antecedentes pessoais e obstétricos e dados pré concepcionais. Foram abordados os métodos contraceptivos e realizada uma avaliação dos mesmos, com base na eficácia do método e na satisfação da mulher, sendo realizada educação para saúde sobre o método em utilização ou sugeridos métodos contraceptivos alternativos (em caso de insatisfação) que fossem adequados às necessidades/expectativas da mulher, sendo que no caso destes estarem disponíveis gratuitamente na USF, os mesmos eram disponibilizados. Nestas consultas foram também abordados outros assuntos para além dos métodos contraceptivos, particularmente na área da sexualidade, sobre comportamentos de risco e infeções sexualmente transmissíveis, a importância do autoexame no rastreio do cancro da mama, sendo que o rastreio é fundamental para o diagnóstico precoce da doença. Era explicado e dado um panfleto acerca do autoexame, sendo que este deve ser realizado na semana seguinte à menstruação, ou no caso de ausência de fluxo menstrual, num dia fixo do mês, sendo o seu objetivo a identificação de nódulos ou qualquer alteração anormal da mama, seja no formato ou na tonalidade (Vieira, 2019).

Já em relação às consultas de vigilância da gravidez de baixo risco, segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) (DGS, 2016), deve existir uma rede de referência materno-fetal, que beneficie a articulação entre os CSP e os cuidados diferenciados hospitalares. A DGS (2016), expõe no seu programa, recomendações para o acompanhamento e vigilância de mulheres/casais com gravidez de baixo risco. Nestas situações, a vigilância é recomendada ser realizada por um EEESMO, com o objetivo de promoção de hábitos de vida saudáveis, assumindo a gravidez o momento oportuno para consciencializar para a alteração de hábitos de vida e comportamentos, promovendo a continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, centrando os seus cuidados na mulher grávida, inserida na família e comunidade. Assim, o EEESMO assume-se autónomo na vigilância da gravidez de baixo risco, ou seja, naquelas em que os processos envolvidos são fisiológicos e se desenvolvem dentro da normalidade no ciclo reprodutivo da mulher (Regulamento n.º 391/2019).

A vigilância da gravidez deve ser o mais precocemente possível, recomendando-se que a primeira consulta ocorra até às doze semanas de gestação. Idealmente esta vigilância deve ser mantida ao longo de toda a gravidez, realizando um total de dez consultas (DGS, 2016). Considerando o PNVGBR (DGS, 2016), define-se como gravidez de baixo risco aquela onde não se identificam fatores de risco acrescido para a mãe, feto ou ambos.

Durante estas consultas realizou-se a avaliação do bem-estar físico e psicológico da grávida e do seu núcleo familiar, a identificação e seguimento das situações de risco, a promoção do envolvimento ativo do pai e/ou companheiro, o incentivo da vinculação precoce, o aconselhamento e promoção do aleitamento materno e a realização de educação para a saúde à grávida/casal/família, relativas ao desenvolvimento embrionário e fetal, aos estilos de vida, às competências parentais e legislação parental, de acordo com a necessidade em cada situação e adequando às características de cada mulher/casal, nomeadamente à sua cultura.

Foram desenvolvidas competências na monitorização e interpretação de parâmetros que se relacionam com o aumento ponderal, a medição da altura do fundo uterino, os resultados ecográficos e analíticos referentes a cada trimestre da gravidez, a realização das manobras de Leopold e a pesquisa do foco fetal através da auscultação do batimento cardio-fetal, com recurso ao *ecodoppler*. Em situações específicas foi possível realizar a administração da vacina combinada contra a tosse convulsa, tétano e difteria (Tdpa), sendo que esta é recomendada na gravidez entre as 20 e as 36 semanas de gestação, idealmente até às 32 semanas (Alínea a) do nº2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro).

Já a consulta do puerpério é aquela que ocorre entre o nascimento e os quarenta e dois dias após o parto, normalmente entre a 4ª e a 6ª semana pós-parto, cujo objetivo se prende com a avaliação global da mulher, criança e família, assim como, a identificação das situações anómalas para que recebam intervenção específica (DGS, 2016).

Nas consultas de revisão de puerpério no EC, determinou-se a história da gravidez e do parto através de entrevista e consulta da informação clínica. Uma grande preocupação foi a pesquisa sobre o estado mental/emocional da puérpera, bem como o seu suporte familiar e social. Nestas consultas realizou-se a avaliação do estado geral da puérpera, bem como dos sinais vitais, observação e palpação das mamas, avaliação uterina e observação do períneo, vagina e colo com recurso ao espéculo. Adicionalmente, validou-se a necessidade de fornecimento de método contraceutivo para prevenção de uma nova gravidez e foram efetuados os registos no Boletim de Saúde de Grávida (BSG). Esclareceram-se dúvidas e sempre que possível realizou-se a observação de uma mamada de forma a ajustar e apoiar na amamentação. Com o RN, foram efetuados os Diagnósticos Precoces e sua avaliação física.

Assim sendo, considera-se terem sido desenvolvidas e melhoradas competências descritas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), nomeadamente as que focam o respeito pelos direitos humanos e da relação com o outro, as que obedecem a critérios éticos e legais e que se desenvolvem segundo a evidência científica

mais atual, procurando melhorar a prática clínica e, conseqüentemente a resposta da equipa multidisciplinar.

A enfermagem transcultural esteve presente em todos os momentos de forma a, mais do que compreender as diferentes culturas contactadas, estar na base da prática culturalmente planeada e realizada (Leininger, 1978). Tendo esta base, todas as intervenções realizadas foram sujeitas à sensibilidade em relação à cultura e valores culturais de todas as mulheres cuidadas. Neste EC, contactou-se com um elevado número de mulheres imigrantes. Várias mulheres cuidadas eram oriundas de países que não Portugal, algumas tinham imigrado há pouco tempo (meses ou até semanas), muitas não falavam a língua portuguesa e várias exigiam do EEESMO grande conhecimento acerca da sua cultura (por exemplo, caso de mulher paquistanesa com a qual foi muito difícil comunicar por barreira linguística em conjunto com crenças e valores culturais que não estavam a conseguir ser expressos pela mesma, recorrendo a imagens explicativas via *internet*). Esta realidade faz com que exista a necessidade de adequação de rotinas/protocolos/intervenções de maneira a prestar cuidados culturalmente sensíveis. Isto requer que o EEESMO desenvolva uma competência cultural de forma a prestar cuidados adequados e culturalmente sensíveis de acordo com o alvo dos seus cuidados.

Face ao objetivo “Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos”, consideram-se alcançadas e realizadas todas as atividades propostas para o mesmo. Existiu o cuidado para a gestão eficaz e eficiente dos materiais, tempo, cuidados e recursos humanos, para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, e tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), consideram-se adquiridas competências nas áreas da melhoria contínua com o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade e na área da gestão. Durante todo o EC, houve investimento na formação individual e pessoal, em horas do EC e fora dele, no sentido de aprofundar conhecimento, baseado na evidência mais atual, de forma a poder desenvolver melhores cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Por outro lado, em relação ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço” realizou-se, em conjunto com duas colegas da Licenciatura em Enfermagem e com as enfermeiras orientadoras, uma sessão de promoção para a saúde para os casais grávidos (Apêndice XIII) tendo esta também contribuído como sessão de formação para as enfermeiras da USF que são generalistas e que concluíram que a sessão foi muito esclarecedora também para elas.

Por isto, os CSP são amplos e neles podem-se encontrar todas as competências específicas referentes ao EEESMO, pois acompanha a mulher em cada fase do seu ciclo de vida. Desta forma,

a presença do EEESMO neste contexto é indispensável, pois assume um papel importante na promoção da saúde e prevenção da doença na mulher, estando desperto para desvios da normalidade.

4.5. APRENDIZAGENS EM ESMO NA SALA PARTOS

Além de albergar conhecimentos científicos acerca da fisiologia do TP, o EEESMO carrega na sua prática a responsabilidade profissional e ética, que fazem da sua atividade uma arte de cuidar do outro, assumindo “no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher” (Regulamento nº. 391/2019, p.13561).

O desenvolvimento da prática de cuidados em contexto de bloco operatório de obstetria possibilitou a aquisição e melhoria contínua da competência “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (Regulamento nº. 391/2019, p.13562).

O EC de ESMO na Sala de Partos ocorreu num hospital de nível I, na Área Metropolitana de Lisboa. Esta unidade de saúde constitui uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde, que presta cuidados a cerca de 250 mil pessoas. O objetivo principal deste serviço visa a prestação de cuidados com qualidade que passa pela promoção e bem-estar da família grávida, respondendo à vida familiar, multiculturalidade e globalização na sua diversidade, com a finalidade de que a gravidez e o nascimento sejam considerados experiências enriquecedoras.

Um hospital de nível I deve dispor de um Serviço de Urgência de Obstetria e Ginecologia (SUOG)/ Bloco de Partos (BP), que devem assegurar uma resposta às situações urgentes de menor complexidade do foro obstétrico e ginecológico, bem como a assistência ao TP e puerpério imediato (Campos et al., 2023).

Em relação à estrutura física, o BP encontra-se localizado no mesmo piso e, separado por um a porta, em relação ao SUOG. Existem cinco salas de parto individuais equipadas com o material necessário à prestação de cuidados em todas as fases do TP e aos cuidados imediatos ao RN, que são prestados na presença dos pais, bem como cada sala conta com uma casa de banho individual onde se pode também encontrar um duche. Conta, também, com um bloco cirúrgico destinado à realização de cesarianas, sendo que esse bloco apresenta capacidade para realização de uma cesariana de cada vez, e ainda um recobro com capacidade para duas puérperas.

Quanto aos enfermeiros, estes completam uma equipa de vinte e oito, sendo que dois destes são enfermeiros generalistas e os restantes EEESMO.

O enfermeiro generalista no bloco de partos está presente no BP durante o dia e realiza o auxílio à equipa de anestesia bem como os cuidados imediatos ao RN. Cada turno contempla quatro ou três EEESMO.

As parturientes realizam a admissão ao BP através do SUOG vindas do domicílio ou por referência hospitalar/Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ou, em alguns casos, referenciadas pelo serviço de Medicina Materno-fetal, como no caso das ITP ou cesarianas eletivas. Após a sua admissão, é realizado o respetivo acolhimento ao serviço, à equipa e ao quarto individual onde permanecerão até ao parto. Após o parto e cuidados inerentes, são transferidas para o recobro para perfazerem o período de puerpério imediato. Por vezes, por gestão de recursos do serviço, realizam este momento no quarto, não sendo transferidas para o recobro. Após as duas horas pós-parto são transferidas para o serviço de internamento de Obstetrícia, onde permanecerão até à alta hospitalar.

Tendo em consideração o Projeto Individual de Estágio realizado, analisam-se em seguida, as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências de EEESMO.

Neste EC, o EEESMO presta cuidados em todas as suas áreas de intervenção, o que possibilitou solidificar as competências adquiridas previamente e desenvolver novas competências técnicas, científicas e relacionais no cuidar “da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº 391/2019, p. 13562). O EEESMO atua preconizando o bem-estar da parturiente, em concordância com a International Confederation of Midwives (ICM, 2019), pois deve promover cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto, de forma a garantir um ambiente limpo e seguro.

A OMS reconhece que uma experiência de parto positivo é um ponto significativo para todas as mulheres em TP (OMS, 2018). Esta entidade descreve a experiência de parto positiva como “como aquela que satisfaz ou excede as crenças e expectativas pessoais e socioculturais prévias da mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente seguro do ponto de vista clínico e psicológico, com a continuidade do apoio prático e emocional de um ou mais acompanhantes de parto e de pessoal clínico amável e tecnicamente competente.” (OMS, 2018, p. 1) Compreende-se assim que, o TP, constitui um momento vivido pela mulher de uma forma, única e individual, que fica marcado na sua vida como uma experiência positiva ou negativa.

Assim, o EEESMO deve intervir, prestando cuidados de qualidade personalizados, neste momento único com o objetivo primordial da satisfação e acolhimento da mulher e família (Buffon & Martins, 2023).

Com a realidade vivida atualmente de grande diversidade cultural e o aumento de mulheres imigrantes, importa ainda realçar que o momento do parto constitui um fenómeno complexo e responsável por inúmeras alterações sociais, físicas e psicológicas, e, por isso, pode ser percebido e enfrentado de forma diferente de cultura para cultura. A expectativa de uma mulher em relação ao parto pode ser figurativa de uma experiência positiva e satisfatória ou, dolorosa e negativa, dependendo do contexto cultural em que a mulher se encontra inserida, das experiências passadas ou de relatos das suas conviventes. As vivências nesta fase são determinantes para o bem-estar físico e psíquico da mulher que, por sua vez, tem repercussões na forma como esta se irá adaptar ao novo papel de mãe (Bio, 2006). Ao olhar a mulher imigrante devemos ter em consideração e compreender a simbologia envolvida no momento do parto, do nascimento, da dor, de forma a cuidar com paciência e abraçar a sua complexidade. A comunicação, o apoio, a presença física, o respeito e a dignidade são valores irrefutáveis que devem ser defendidos pelo EEESMO, na sua assistência à parturiente imigrante (Supimpa et al. 2023).

A aquisição de competências nesta área da multiculturalidade é fundamental para a intervenção do EEESMO na prática, uma vez que constitui uma realidade emergente e prova disso é que, durante todo o EC, foram prestados cuidados a inúmeras parturientes imigrantes. De referir que cerca de mais de metade das parturientes às quais foram prestados cuidados especializados, eram imigrantes e, muitas delas, tinham imigrado há menos de seis meses para Portugal. O desenvolvimento destas competências ao longo do EC, foi promovido pela obtenção de conhecimentos e habilidades adequadas à diversidade cultural de cada parturiente e sua família, o que permitiu a prestação de cuidados culturalmente congruentes e sensíveis com as crenças e práticas culturais dos mesmos. O cuidado culturalmente congruente é definido como os conhecimentos, ações e decisões de cuidados baseados na cultura, utilizados de forma sensível e informada para se adequarem de forma apropriada e significativa aos valores culturais, crenças e modos de vida dos clientes, lidar com a doença, incapacidade ou morte (Leininger, 1991). A Teoria de Leininger revela que existe diversidade e diferença na forma como cuidamos de um ser humano com determinadas características e pertencente a uma determinada cultura, sendo que este cuidado deve ajustar-se às diferentes crenças, valores e estilos de vida existentes, de forma a oferecer um melhor cuidado aos indivíduos, grupos e famílias (Leininger, 1991).

O desenvolvimento do EC no BP existiu a preocupação da recolha de dados de âmbito cultural, de forma a adaptar os cuidados prestados com a cultura da parturiente e família. Esta preocupação e disponibilidade demonstrou satisfação por parte destas e dos seus acompanhantes, existindo maior abertura na comunicação e realização de intervenções. A individualização do plano de cuidados demonstra-se desta forma essencial na atividade do EEESMO e a competência cultural

fundamental, pois implica o desenvolvimento de capacidades de comunicação e negociação bem como competências relacionais. A sensibilização para a integração da multiculturalidade e a aquisição de competências transculturais por parte do EEESMO, contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados e beneficiam as parturientes e familiares nas suas vivências durante o trabalho de parto e em todo o processo de transição para a parentalidade.

Desta maneira, o objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO na admissão/acolhimento da grávida/parturiente e família”, foi atingido, considerando-se cumpridas as atividades propostas para o atingimento do mesmo.

Desde o início, o primeiro contacto com a parturiente/casal foi privilegiado, sendo este o momento ideal para a promoção de uma relação empática. O apoio emocional permite estabelecer a confiança necessária para a verbalização dos medos e anseios, permitindo desta forma o esclarecimento de dúvidas e desmitificação de ideias pré-definidas. A capacidade de desenvolver relações interpessoais de confiança e compreensão, é essencial no cuidar em enfermagem, tornando a comunicação uma ferramenta essencial. Assim, as competências comunicacionais são fulcrais no cuidar em enfermagem (Zangão, 2014). Tanto no primeiro contacto como nos restantes, a presença e disponibilidade, foram aspetos priorizados, sendo que estas permitem transmitir segurança e o suporte físico e emocional necessários (Silveira & Fernandes, 2007). Através do contato inicial efetuou-se a recolha de dados junto da parturiente/casal, fundamental para o desenvolvimento da avaliação inicial de enfermagem, complementada com a consulta do BSG e do processo clínico a nível informático. Toda esta colheita de dados no momento da admissão permite iniciar a identificação dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com as verdadeiras necessidades de cada parturiente/casal e deste modo, a elaboração do seu plano de cuidados de enfermagem individualizado.

Também foi sempre considerado o Plano de Parto, enquanto documento que reflete as expectativas individuais e as escolhas de nascimento do casal. Este foi devidamente debatido com os intervenientes no parto, para fazer cumprir as vontades do casal, sempre que possível e com segurança. Durante o EC, os Planos de Parto foram tidos em consideração na prestação de cuidados e sempre que alguma alínea não pôde ser cumprida, foi informado o casal e obtido o consentimento. Para as parturientes/casais que não se faziam acompanhar de Plano de Parto eram exploradas verbalmente as suas expectativas, conhecimentos e desejos, informando-os sobre os mesmos. Este debate e partilha torna-se essencial no envolvimento da parturiente/casal como protagonistas e parceiros no parto, dando-lhes responsabilidade e controlo na participação no parto, de forma a reforçar a autoestima e grau de satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008).

O TP é um processo induzido ou espontâneo, que se inicia com contrações uterinas dolorosas e regulares, que se repercutem na dilatação completa e extinção do colo uterino (1º estágio TP), na progressão da apresentação fetal no canal de parto e, que culmina com a expulsão do feto para o exterior (2º estágio TP). Após o nascimento, a expulsão da placenta (3º estágio TP) e o puerpério imediato (4º estágio TP) até às 2 horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008). O 1º estágio do TP caracteriza-se por 3 fases: latente (até aos 3 cm dilatação), ativa (dos 4 aos 7 cm dilatação) e transição (dos 8 aos 10 cm dilatação) (Lowdermilk & Perry, 2008).

Em relação ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 1º estágio do trabalho de parto”, consideram-se cumpridas as atividades que lhe dão resposta.

O Primeiro estágio corresponde ao apagamento e dilatação do colo uterino e subdivide-se em dois momentos: a fase latente que se inicia com as contrações regulares até ao total apagamento e dilatação de cerca de 3cm; e a fase ativa entre os 3 cm até à dilatação cervical completa (Machado & Graça, 2017). De acordo com a DGS (2023), não se recomenda o internamento hospitalar no BP de forma rotineira no primeiro estágio do TP, na fase latente, exceto por necessidade de vigilância materno-fetal, gestão de dor ou ansiedade e em situações de difícil acesso ao hospital. Durante o EC foram prestados cuidados no primeiro estágio do TP a cento e trinta e duas parturientes, sendo que a maioria se encontrava já na fase ativa do TP.

Durante a avaliação inicial foram identificados o nome, idade, idade gestacional, índice obstétrico, antecedentes pessoais, ginecológicos e obstétricos, grupo sanguíneo, rastreios analíticos e ecográficos, e outros fatores que podem determinar necessidade de cuidados tais como, a presença de patologia associada ou concomitante com a gravidez (Diabetes ou patologia hipertensiva, por exemplo) ou a necessidade de profilaxia antibiótica por rotura prematura de membranas ou colonização por *Streptococcus* do grupo B.

Ao longo deste estágio foi realizado o controlo do estado hemodinâmico da parturiente assim como o registo de CTG de forma contínua. O registo de CTG é de extrema importância uma vez que através do mesmo foi possível observar registos de CTG de categoria I, II e III (classificação ACOG), respetivamente normal, suspeito ou patológico (classificação FIGO) e intervir, corrigindo as causas reversíveis. Por uma vez o registo de CTG não apresentou melhorias após intervenção e, em coordenação com a equipa médica, optou-se pela cesariana emergente, por bradicardia fetal mantida, com necessidade de reanimação do RN e posterior internamento na unidade de Neonatologia.

Em muitos casos, o registo de CTG através de transdutor externo se verificou de má qualidade, sendo este facto essencialmente devido a obesidade materna. Por quatro vezes, foi necessário recorrer à monitorização interna da frequência cardíaca fetal, sendo realizada através de um eléctrodo de escalpe que permite a deteção exata de cada batimento cardíaco fetal (Rosa, 2018). Trata-se de um procedimento complexo, já que implica que exista dilatação cervical e que a apresentação se situe num nível acessível, requer que as membranas não estejam intactas pelo que existe sempre um risco acrescido de infeção, estando contraindicado em situações de risco de transmissão vertical (Graça & Santo, 2017).

Foi também realizada a cervicometria em intervalos adequados à condição da parturiente (DGS, 2023). O qual foi bastante positivo, contribuindo para o bem-estar da parturiente, bem como para a aprendizagem da mestranda.

O partograma e o seu registo iniciado na fase ativa do TP, constituiu uma ferramenta importante que permitiu um olhar holístico sobre o TP e a sua evolução, onde se efetuaram registos sobre: dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal, variedade de posição, frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas. Esta ferramenta constitui uma ajuda para a identificação de anormalidades, trabalhando como um indicador de qualidade e segurança dos cuidados durante o TP (Salazar et al., 2021).

Tendo por base o partograma da parturiente, foi realizada por duas vezes, a técnica de amniotomia. Numa primeira vez em observação e numa segunda como interveniente. Apesar de não recomendada a sua prática rotineira e isolada (OMS, 2015), a amniotomia foi realizada nos casos específicos de suspeita de falha na progressão do TP, tendo sido sempre explicado à parturiente o motivo e as suas implicações. Antes da realização desta técnica, foi certificado que se encontravam reunidas as condições para realização da mesma: existência de dilatação cervical e presença da apresentação apoiada, para reduzir o risco de prolapso do cordão, bem como, a garantia de que após a rotura, a apresentação permanece apoiada no colo e o registo de CTG se mantém tranquilizador (Fonseca, 2016). Esta técnica demonstrou ser uma maior dificuldade pela sua complexidade.

No que diz respeito ao alívio e gestão da dor, foram privilegiados neste estágio, sempre que possível e desejado pela parturiente, os métodos não farmacológicos de alívio da dor. Dentro destes métodos, foram oferecidos a hidroterapia (recorrendo a duche privado no quarto), deambulação e movimentos livres (associados ao uso da bola de pilates, da cama e de banquetas de apoio), musicoterapia e, num caso em específico de uma parturiente, o *Hypnobirthing* (método de concentração guiada) através de uma aplicação do telemóvel da própria. Além disso, foi favorecido a regulação da luz na sala, sendo ela luz natural (através da claraboia existente no teto da sala) ou

luz artificial, favorecendo o conforto visual. Estas estratégias, para além de reduzirem a dor, têm um efeito positivo na diminuição do tempo do TP (Cabral et al., 2023).

Em relação aos métodos farmacológicos, estes também foram explicados, os seus benefícios e limitações, e oferecidos às parturientes, numa fase inicial podendo ser através de medicação endovenosa por acesso venoso periférico colocado na admissão, ou numa fase mais avançada do TP ou vontade da parturiente, era realizada a analgesia locorreional. Para este tipo de analgesia era contactada a equipa de anestesia do hospital e estes ficam encarregues de obter o consentimento assinado por parte da parturiente. Os cuidados prestados nesta técnica envolveram a preparação do material, posicionamento da parturiente, fixação e vigilância do cateter e administração das seguintes dosagens, segundo protocolo do serviço e prescrição médica. Após a realização da técnica, foi realizada a vigilância dos parâmetros vitais da parturiente pelo risco de hipotensão arterial e informou-se sobre a possibilidade de tremores ou prurido, decorrentes da administração dos fármacos (Martins et al., 2002). Também se incentivou a micção espontânea e, sempre que necessário, procedeu-se ao esvaziamento vesical através de sonda, pelo risco acrescido de retenção urinária (Martins et al., 2002), que constitui um obstáculo à descida da apresentação.

Desde a admissão, a presença do acompanhante foi incentivada, existindo uma participação ativa, envolvendo-o nas atividades durante o TP, diminuindo assim a sensação de solidão e vulnerabilidade da mulher, ajudando na gestão da dor e diminuindo o nervosismo associado ao parto e ao ambiente hospitalar (Rosa et al., 2020).

Considerando a ingestão alimentar, foram colocados à disposição da parturiente líquidos e sólidos de acordo com a evolução do TP (DGS, 2023), tendo em conta que deve existir uma dieta leve durante a fase ativa do TP, tirando algumas exceções como a administração de opióides ou se o TP não for considerado de baixo risco e existirem fatores sugestivos ou preditivos de necessidade de cesariana (National Institute for Health and Care Excellence, 2023).

Todas as atividades inerentes ao primeiro estágio de TP realizadas foram sendo desenvolvidas em crescente e continua melhoria em conhecimentos e na técnica/habilidade, assim como a autonomia nas mesmas e na tomada de decisão para realização das intervenções junto da parturiente/casal.

Considerando o objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 2º estadio do trabalho de parto”, de referir que se consideram atingidas todas as atividades propostas. Durante o EC, foram assistidos quarenta partos eutócicos e, em colaboração com a equipa médica, a quinze partos distócicos por ventosa e quatro por fórceps.

O segundo estadio do TP pode ser dividido em três momentos: o primeiro quando ocorre o início da necessidade de esforços expulsivos maternos no pico da contração; o segundo quando os esforços expulsivos se tornam mais intensos e há um aumento da agitação materna; e o terceiro momento, quando a apresentação se observa no introito e os esforços expulsivos são mais eficazes (Lowdermilk, 2009). Segundo a DGS (2023), o segundo estadio do TP compreende dois momentos: um primeiro momento onde que vai desde a dilatação cervical completa ao início dos esforços expulsivos e um segundo que vai desde o início dos esforços expulsivos à expulsão do feto. Assim, o segundo estadio de TP, dá-se entre a dilatação completa e o nascimento do bebé.

Tanto no primeiro estadio como no segundo, sempre foi incentivada a deambulação e realização de movimentos e posicionamentos que favorecessem o TP, nesta fase do segundo estadio a adoção da posição mais confortável para a parturiente foi sempre tida em conta. Quando a parturiente não sabia que posição adotar eram sugeridas algumas posições e, em muitos casos, eram experimentadas até chegar à posição ideal. Tanto os desejos das parturientes como as sugestões realizadas, foram sempre de acordo com posicionamentos que favorecem a progressão do feto no canal de parto, nomeadamente posições verticalizadas ou lateralizadas. Durante o período expulsivo, era realizada de forma contínua a monitorização cardiotocográfica até à exteriorização da cabeça, de forma a manter a vigilância fetal o maior período e diminuindo a probabilidade de situações de sofrimento fetal (NICE, 2017).

À medida que a apresentação progredia no canal de parto e coroava, observava-se o períneo e as suas condições. Aquando da apresentação fetal à vulva era realizada a técnica “*Hands-On*”, conforme protagonizado pela OMS (2018) e DGS (2023), protegendo o períneo com uma mão e a outra a controlar a saída da apresentação fetal. Foi aplicada a técnica “*Hands-Off*” numa situação de um expulsivo numa posição de quatro apoios, onde existiu integridade do períneo.

Em todo o EC, nos partos eutócicos assistidos, obtiveram-se dezoito períneos íntegros e vinte e duas lacerações perineais. Foram realizadas seis episiotomias. A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo realizada para aumentar a extensão perineal. Contudo, é uma prática que deve ser executada de forma consciente e seletiva pois promove uma recuperação pós-parto mais lenta e um maior desconforto durante o período de cicatrização (Jiang et al., 2017; OMS 2018; Fodstad et al., 2019). Deve ser realizada por indicação, especificamente como forma de acelerar o período expulsivo do TP em situações de suspeita de hipoxia fetal, ou em situações de elevado risco de lesão do esfíncter anal – quando se verifica rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3 cm, em partos vaginais distócicos ou quando ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores (Santo, 2022b, 2022a). A sua realização deve ser aquando do pico da contração, no momento do coroamento, num corte único médio-lateral esquerdo, diminuindo o risco de lesão da mucosa anal

(OMS 2018). Em todas as episiotomias realizadas, foi obtido o consentimento prévio pela parturiente e garantida a anestesia prévia do local.

Após a exteriorização da cabeça fetal, era verificada a pesquisa da presença de circulares do cordão umbilical, nomeadamente cervicais, sendo pedido à parturiente para nesta fase não realizar esforços expulsivos. Caso existisse, procedia-se ao seu “desenrolar” deslizando o cordão, mas não sendo possível era realizada a clampagem precoce do cordão umbilical. Esta situação foi realizada oito vezes ao longo de todo o estágio. A manobra de Somersault conhecida como manobra da “cambalhota”, abordada na teoria, onde se mantém o cordão intacto ao manter a cabeça do bebê flexionada, guiando-a para cima ou lateralmente em direção ao osso púbico ou à coxa, terminando com os pés do bebê em direção aos joelhos da mãe e a cabeça ainda no períneo, sendo o cordão umbilical desenrolado no final (Mercer et al., 2005), não foi realizada durante o EC, por desconhecimento e não existir prática da mesma no contexto.

Nas situações em que se conseguia desfazer a circular ou onde não existia essa condicionante, a clampagem do cordão após o nascimento foi realizada, sempre que possível, após o primeiro minuto de vida do RN ou quando o mesmo deixou de pulsar (DGS, 2023), maioritariamente pelo acompanhante e no colo materno sempre que possível. Nos casos de necessidade de colheita de sangue do cordão, nomeadamente para colheita de células estaminais, a clampagem foi antecipada. Nos casos de colheita para tipagem do RN a clampagem ocorreu após o primeiro minuto. O corte tardio do cordão umbilical está associado a uma maior transferência de sangue placentário para o RN, resultando numa maior reserva de ferro e hemoglobina ao longo dos primeiros meses de vida. Esta condição leva a uma redução do risco de anemia e melhora os resultados de desenvolvimento cognitivo a longo prazo (Andersson et al., 2015) bem como, uma redução na incidência de complicações neonatais tais como a hemorragia intraventricular e a necessidade de transfusão sanguínea, especialmente no caso de prematuros (Rabe et al., 2019).

De entre os quarenta partos eutócicos, quatro apresentaram distócias mecânicas, resolvidas com recurso à manobra de McRoberts associada à manobra de Rubin I, sem prejuízo para a parturiente ou para o feto.

Face ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à puérpera/acompanhante no 3º estágio do trabalho de parto”, consideram-se cumpridas as atividades programadas.

Logo após o nascimento, inicia-se o terceiro estágio do TP, denominado de dequitação, ou seja, a expulsão da placenta. Após a identificação dos sinais de descolamento da placenta realizou-se, em todas as situações, a gestão ativa da dequitação. Esta gestão ativa compreende a realização

de uma tração controlada do cordão umbilical concomitante com a aplicação de pressão suprapúbica. A gestão ativa tem como objetivo o descolamento rápido e a saída da placenta e membranas fetais de forma eficaz e segura, contribuindo para uma menor incidência da hemorragia pós-parto (Lowdermilk, 2009; Prada & Rafael, 2016). Quando a placenta era visível no introito, efetuava-se a manobra de Dublin, que consiste na rotação contínua da placenta, realizando uma pequena torção evitando, assim, a fragmentação das membranas, e identificava-se o mecanismo de descolamento considerando a face placentária que se apresentava primeiro. A mais comum foi a Schultze, ou seja, a fase fetal a ser primeiramente expulsa.

Após a expulsão da placenta, deve ser vigiada a perda hemática vaginal, a contração uterina, a formação do globo de segurança de Pinard e proceder ao exame vaginal, pesquisando a presença de lacerações perineais e no canal de parto e sinais de hemorragia ativa (DGS, 2023).

Neste momento era iniciada uma perfusão de 10 UI (Unidade Internacional) de ocitocina em 1000 ml de Soro Polieletrólítico com Glucose a 5%, por via endovenosa, num ritmo de perfusão de 500 ml/hora, conforme preconizado pela DGS (2023).

Seguidamente realizava-se a observação detalhada da placenta e cordão, para além de confirmada a presença de três vasos no cordão umbilical (duas artérias e uma veia), era também confirmado se a placenta se encontrava completa e se não tinha ocorrido a retenção de cotilédones, o que poderia resultar numa atonia uterina (DGS, 2023).

Relativamente ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO puérpera/acompanhante no 4º estadio do trabalho de parto”, consideram-se também cumpridas as atividades definidas.

Define-se o quarto estadio ou período de puerpério imediato como as primeiras duas horas pós-parto, onde deve ser assegurada a avaliação da condição geral da puérpera incluindo a avaliação do períneo e canal de parto (Lowdermilk, 2009).

No caso de presença de episiotomia ou laceração que precise de ser corrigida cirurgicamente era nesta fase realizada a sua correção. Para este efeito, era trocado o campo cirúrgico e todo o equipamento de proteção individual e pedido consentimento prévio à parturiente. A reconstrução perineal (perineorrafia ou episiorrafia) constituiu um desafio neste EC, nomeadamente pela inexperiência. Com o decorrer do estágio, essa dificuldade foi sendo ultrapassada com a ajuda da enfermeira cooperante e com o treino da mesma. Desde o primeiro parto que a enfermeira cooperante fez questão que eu participasse de forma gradual em todos os momentos, nomeadamente da realização da reconstrução perineal.

Após este procedimento, era avaliada novamente a presença do globo de segurança de Pinard. Finalmente, eram realizados os cuidados de higiene perineais com Soro Fisiológico 0,9%, e trocada a roupa à parturiente, bem como colocação de penso higiénico protetor (DGS, 2023).

No que concerne à monitorização dos sinais vitais, estes eram avaliados a cada 15 minutos tal como a vigilância da contração uterina, durante a primeira hora pós-parto (DGS, 2023). Numa fase posterior era oferecida uma refeição ligeira.

Ao fim de duas horas de puerpério, tal como protocolado no serviço, realiza-se a avaliação obstétrica e hemodinâmica, presta-se novamente cuidados de higiene e conforto e procede-se à remoção do cateter epidural. Após estes procedimentos, a tríade encontra-se pronta para transferência para o serviço de internamento. Foram prestados cuidados a sessenta e cinco mulheres em puerpério imediato, ao longo do EC.

No sentido da promoção da adaptação do RN à vida extrauterina, compreendido nas competências do EEESMO, delimitou-se o seguinte objetivo “Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina”.

Após o nascimento, o RN desperta uma série de adaptações à vida extrauterina. A sua primeira hora de vida, a chamada *Golden Hour*, envolve três elementos principais: o contacto direto e imediato entre a mãe e o recém-nascido, o corte tardio do cordão umbilical e o início da amamentação (Cordeiro, 2022). Aquando da expulsão do feto foi sempre confirmada a hora de nascimento, dita em voz alta e registada posteriormente. Sempre que possível, o recém-nascido era colocado sobre o peito da mãe, em contacto pele-com-pele e identificado com pulseira de identificação e risco de fuga. Após ser colocado sobre a mãe, era realizada a limpeza e a estimulação do dorso do RN, de baixo para cima, permitindo a mobilização de secreções. Seguidamente, colocava-se um campo pré-aquecido por cima do seu corpo, de modo a evitar a perda de calor.

Durante a primeira hora de vida do RN, ainda durante a realização da reconstrução perineal ou dos cuidados de conforto e higiene, sempre que possível, foi promovido o contacto pele com pele com o objetivo de prevenir a hipotermia no RN e promover a amamentação (OMS, 2018). Além dos benefícios para o recém-nascido, o contacto pele com pele tem sido também associado a melhorias na saúde materna, tais como uma redução dos níveis de stress materno e uma maior sensação de competência como mãe e autoconfiança em cuidar do recém-nascido (Widström et al., 2019). O EEESMO é a figura central para assegurar a realização do contacto pele com pele, contínuo e imediato, sendo reconhecido como uma medida prioritária na qualidade da assistência de enfermagem (Cordeiro, 2022).

Se a amamentação fosse um desejo do casal e se o RN se apresentasse estável, era prestado auxílio de forma a promover a amamentação na primeira hora de vida e também era realizada educação para a saúde acerca desta temática (adaptação do RN à mama; sinais de boa pega), dependendo do caso e da necessidade de cada situação. São sabidas as vantagens do aleitamento materno precoce nomeadamente na vinculação e na estimulação ocitócica promotora da contração e consequente involução uterina (Lowdermilk, 2009).

Em simultâneo, ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida do recém-nascido é também avaliado o Índice de APGAR. Este instrumento avalia a adaptação à vida extrauterina, tendo como dados de avaliação a coloração, tónus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e frequência cardíaca. Cada um deles é avaliado e pontuado de 0 a 2, totalizando uma pontuação máxima de 10 pontos, tendo em consideração que quanto maior a pontuação mais bem-adaptado se verifica (ACOG, 2015). Esta escala revela-se uma ferramenta de avaliação inicial de forma a identificar RN que necessitem de intervenções médicas adicionais. É expectável que uma pontuação de APGAR baixa no primeiro minuto esteja associada a um maior risco de necessidade de reanimação neonatal e complicações a curto prazo (Saugstad et al., 2018).

A avaliação antropométrica do RN era realizada por outro EEESMO ou pelo enfermeiro generalista, em conjunto com o Médico Pediatra, sempre que possível após a realização de todos os cuidados à puérpera para proporcionar o maior tempo possível de contacto pele a pele. Esta avaliação consistiu na monitorização do peso corporal, perímetro cefálico e comprimento. Após estes procedimentos era administrada a Vitamina K e vacina contra a hepatite B, sempre que aplicável, segundo o protocolo hospitalar. A avaliação céfalo-caudal do RN incluindo a identificação de malformações major foi sempre realizada, não se sobrepondo à necessidade de cuidados imediatos. Nos partos distócicos, esta avaliação pelo pediatra ocorreu imediatamente após o nascimento, por indicação do pediatra, realizando o contacto pele com pele após a mesma.

Enquanto hospital que promove o alojamento conjunto, todos os cuidados efetuados ao RN são realizados no quarto, junto da puérpera/casal, incluindo a reanimação neonatal que ao longo do EC foi observada duas vezes, mas nunca efetuada pela mestranda.

Uma das preocupações constantes foi a promoção do envolvimento da tríade em cada fase, nomeadamente nos cuidados ao RN. Foram sempre incentivados os acompanhantes a realizar os cuidados ao RN, como vestir e colocar a fralda, procurando a promoção da vinculação.

Finalmente, face ao objetivo “Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos”, consideram-se alcançadas e realizadas todas as atividades propostas para o mesmo. Existiu o cuidado para a gestão eficaz e eficiente dos materiais, tempo, cuidados e recursos humanos, para a melhoria da qualidade

dos cuidados. Desta forma, e tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), consideram-se adquiridas competências nas áreas da melhoria contínua com o desenvolvimento de práticas seguras e de qualidade e na área da gestão. Durante todo o EC, houve investimento na formação individual e pessoal, em horas do EC e fora dele, no sentido de aprofundar conhecimento, baseado na evidência mais atual, de forma a poder desenvolver melhores cuidados (Regulamento nº 140/2019).

Por outro lado, em relação ao objetivo “Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço”, a colaboração em formações existentes no serviço não foi concretizada pela inexistência das mesmas no período do EC.

O objetivo “Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica”, embora que transversal a todos os EC, presente em cada contexto apresentado anteriormente, foi incluído neste momento do trabalho em jeito de finalização, devido à componente do Trabalho de Campo ter sido realizada em contexto de BP. Ainda que, a escolha do tema, definição de problemática e a realização de pesquisa, da ScR inerente tenham sido elaboradas desde o início do ano letivo. Desta forma, todos os EC, todos os contextos e a experiência de missão/voluntariado, contribuíram largamente para a realização de todo o trabalho, particularmente, do Trabalho de Campo, sustentando e criando pontes para o mesmo. Este objetivo centra-se no desenvolvimento da temática escolhida para estudo e investigação, sempre com o foco na melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n. º140/2019, 2019).

CONCLUSÃO

Este relatório delinea as atividades realizadas ao longo de um ano de intenso e trabalhoso no percurso académico, que permitiu a obtenção de competências comuns, mas também específicas enquanto futura EEESMO, bem como no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica.

As atividades desenvolvidas durante os EC foram pormenorizadamente descritas ao longo deste relatório, comprovando o cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos, alinhados com a evidência científica mais atual. A reflexão crítica inerente e relativa a estas atividades elaboradas nos diferentes contextos de EC fundamentou o aperfeiçoamento e consolidação das competências em ESMO, cumprindo os requisitos estabelecidos pelo Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018).

O percurso académico, bem como o presente relatório, têm por base os requisitos estipulados pelos descritores de Dublin, e que propõem a caracterização das expectativas dos resultados e aptidões que representam a conclusão do 2º ciclo. Estes requisitos fundamentam-se em cinco domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão, a aplicação de conhecimentos e compreensão, a realização de julgamento/tomada de decisões, a comunicação e as competências de autoaprendizagem (Diário da República, Decreto-Lei nº 113/2009).

Em todos os contextos, o objetivo principal foi sempre responder às necessidades de cada pessoa cuidada, garantindo a excelência dos cuidados prestados e dissecando posteriormente as respostas obtidas para melhorar práticas futuras.

Em relação as estratégias metodológicas, a realização tanto da ScR como da investigação através do estudo qualitativo, contribuiu para a melhor compreensão da perspetiva das mulheres imigrantes, particularmente as guineenses, sobre os cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no parto, especialmente em Portugal. Tema que é emergente nos dias de hoje e para o futuro, devido ao constante aumento da imigração em Portugal e no mundo, especialmente na europa.

Todos os contextos de cuidados de saúde materna e obstétrica/ Ginecológica, representam locais que possibilitam o encontro com diferentes culturas. Deparamo-nos com a importância da enfermagem transcultural, pois, a cultura e o cuidar são os meios mais alargados de compreender, de uma forma holística, as pessoas. Esta ideia é fulcral para a prática de enfermagem, particularmente para o EEESMO, pois a transculturalidade suporta a aprendizagem recíproca com os sistemas de assistências de outras sociedades, na busca do potencial humano universal e de uma política de respeito pela diferença. O objetivo da enfermagem transcultural é, assim, conseguir que

os conhecimentos e a prática da enfermagem profissional tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, conseguindo ir mais além de um mero estado de percepção ou de apreciação das diferentes culturas (Leininger, 1995; Leininger, 2001). Pois, para que os cuidados sejam eficazes, têm de refletir uma compreensão dos valores crenças, atitudes, formas de vida e visão do mundo de diversas populações e padrões de aculturação individuais (Leininger, 2002).

No estudo realizado com as mulheres guineenses, com contexto do EC de BP, os resultados mostram uma grande satisfação que corresponde à elevada expectativa precedida aos cuidados. São resultados que vão de acordo aos encontrados na literatura e evidência científica. Todavia, os resultados da evidencia científica também evidenciam que existe necessidade de melhoria e de investimento dos EEESMO, em alguns aspetos, nomeadamente culturais: barreiras e comportamentos, no cuidar da mulher imigrante.

De realçar que o estudo realizado vem inovar, num assunto em que já existem estudos extremamente semelhantes publicados noutros países e trazer à tona uma temática que pode ser ainda mais explorada, já que o estudo realizado se trata de um estudo primário que necessita de continuação. Indo mais além, percebendo, por exemplo, o que se pode melhorar e quais os obstáculos para cuidados culturalmente mais respeitosos; qual a perspetiva do EEESMO sobre o tema e que dificuldades encontram no cuidar a mulher imigrante guineense.

Como limitações, reconhece-se a inexperiência na concretização do trabalho de campo, especificamente na condução de entrevistas e realização de análise de conteúdo, mas que foi ultrapassado, tendo no final, sido obtidos resultados importantes. O tempo para a realização de todas as atividades relativas ao processo de investigação, em conjunto com a realização de um projeto de investigação para obtenção do parecer da comissão de ética, bem como a espera desse parecer, constituiu um fator limitador, por existir uma exigência de disponibilidade de tempo que por vezes não existia. Uma dificuldade sentida por tudo isto, foi a gestão de tempo de estudo, profissional, estágio e pessoal, requerendo sacrifício e resiliência.

Em relação aos contributos para a prática, planeia-se divulgar quer os resultados da ScR, quer os resultados do estudo realizado, não só informalmente junto da equipa do BP, mas também através da publicação em posters ou comunicações livres em jornadas e/ou congressos da área.

Concluo que, apesar dos desafios enfrentados ao longo deste percurso, este termina vitoriosamente, com a certeza de que se deseja o continuo crescimento e aperfeiçoamento neste caminho de futura EEESMO, que ainda agora se inicia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG, The American College Of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Preterm Labor and Birth. Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth>

Afonso, M., & Santo, S. (2020). Diagnóstico Pré-natal. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 97–101). LIDEL.

Afonso, M., & Santo, S. (2020). Diagnóstico Pré-natal. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 97–101). LIDEL.

Andersson, O., Hellström-Westas, L., & Domellöf, M. (2015). Clamping the umbilical cord: A review of the effects of timing and methods of clamping on mother and baby. *Neonatology*, 107(1), 1–8. <https://doi.org/10.1159/000368988>

Baeza, F., Cilveti, C., Fernández, M., Purcell, V., Vásquez, C. & Hernández, G. (2020). Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile. *Matronas Prof.* 2019/2020; 20(4)/21(1): 13-19

Balaam, M., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A., et al. (2013). A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*; 69(9):1919–1930. <https://doi.org/10.1111/jan.12139> PMID: 23560897

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (Edições 70, Ed.; 1st ed.)

BAUER, Martin; GASKELL, George. *Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som*. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

Bezerra, M. & Cardoso, M. (2006). Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 4, Nº 3 (Maio/Junho 2006). P. 414-421.

Bezerra, M. e Cardoso, M. (2006). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-am*, 14(3):414-21.

Bio, E. et al (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 28, p. 671-679.

Bio, E. et al (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 28, p. 671-679.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

Buffon, T. M., & Martins, C. A. L. (2023). A humanização do parto: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 11095–11109. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-216>.

BULMAN, K. e MCCOURT, C. (2002). «Somali refugee women’s experience of maternity care in west London: a case study», in *Critical Public Health*, 12 (4): 365-380.

Cabral, B. T. V., Rocha, M. C. S., Almeida, V. R. M., Petrônio, C. C. A. D., Azevedo, I. C., Martins, Q. C. S., & Cunha, Y. A. (2023). Medidas não farmacológicas para alívio da dor do parto: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000439>.

Campinha-Bacote, J. (2003). Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *Transcultural C.A.R.E. Associates*, 42 (6), 239-240.

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8.

Campos, D. A., Furtado, J. M., Areia, A., Cirurgião, F., Fernandes, F., Guerreiro, F., Oliveira, D., Assunção, D., Carvalho, C., Soares, H., Mimoso, G., Almeida, M. C., Aguiar, A., Dantas, S., Águas, F., Saraiva, J., Cohen, Á., & Silva, D. P. (2023). Rede de Referência Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia.

CARBALLO, M. (2009). Communicable Diseases, In A. Fernandes and J. Miguel (Editors), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, (p. 53-70). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Lisboa.

Carvalho, C. R., & Neves, J. (2020). *Semiologia em Obstetrícia*. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 1–40). LIDEL.

Chaves, R. L. (2014). O nascimento como experiência radical de mudança. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(SUPPL1), 14–16. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE03S114>.

Cordeiro, C. A. (2022). *Estratégias Promotoras da Vinculação Mãe-Bebé Após o Parto* (dissertation). Évora.

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., Vitorino, P. (2001). O enfermeiro em cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*, (2), 75-82. ISSN: 0870-9025

Coutinho, E., Parreira, M.V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. Disponível em: www.internationalmidwives.org.

Coutinho, E., Parreira, M.V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. Disponível em: www.internationalmidwives.org.

Coutinho, E., Silva, A., Pereira, C., Almeida, A., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M. (2014). Cuidados de saúde a gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp2):09-16 www.ee.usp.br/reeusp/

Decreto de Lei nº 14/2012 de 26 de Janeiro. Diário da República, Lisboa, Ministério da Saúde.

Decreto de Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República, Lisboa, Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 113/2009 de 15 de Junho. Regulamento Geral dos Cursos de Mestrado. Diário da República, 2ª Série.

Degni, F., Suominen, S., Ansari, W., Vehvilainen-Julkunen, K. & Essene, B. (2014). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity & Health*, 2014 Vol. 19, No. 3, 348-366, <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2013.797567>

Degrie, L., Casterle, B., Gastmans, C. & Denier, Y. (2020). “Can you please hold my hand too, not only my breast?” The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium. *PLoS ONE* 15(7): e0236008. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236008>

Dias, S. M. F., Rocha, C. F., & Horta (Col.), R. (2009). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. (estudo 32). (O. d. Migrações, Ed.) Portugal: ACIDI. Obtido de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos/OI_32.pdf.

DIAS, S., MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2002). «Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção», in *Psicologia, Saúde e Doença*, 3 (1): 89-102.

Direção Geral da Saúde. (2022). Acesso a Tratamentos de Procriação Medicamente Assistida – Regime excecional para acesso a técnicas de PMA no Serviço Nacional de Saúde, nos casos de preservação do potencial reprodutivo por doença grave. Circular Normativa Conjunta N.4/2022/ACSS/DGS.

Direção Geral da Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>.

Direção Geral da Saúde. (2023). Norma nº 006/2016. Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG.

Direção Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.

Direção Geral da Saúde. (2016). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.

Direção Geral da Saúde. (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.

DIXON, A., LE GRANDE, J., HENDERSON, J., MURRAY, R. e POTELIAKHOFF, E. (2003). Is the NHS Equitable? Discussion Paper, London: LSE.

Doering, K., Patterson, J. & Griffiths, C. (2015). Experience of the New Zealand maternity care system by a group of Japanese women in one centre. *New Zealand College of Midwives Journal*, Issue 51.

Domingos, A. (2019). Competência Cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Entidade Reguladora da Saúde. (2015). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf.

Falquet, J. (2008). Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal.

FENTON, K. (2001). Strategies for improving sexual health in ethnic minorities, in *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1): 63-69.

Figueiredo, N.S.V., et al. (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *Revista, Juiz de Fora*, 36 (4), 296-306.

Filby, A., Robertson, W. & Afonso, E. (2020). A service evaluation of a specialist migrant maternity service from the user’s perspective. *British Journal of Midwifery*, September 2020, Vol 28, No 9.

Fodstad, K., Staff, A. C., Laine, K. (2019). Episiotomy preferences, indication, and classification – A survey among Nordic doctors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(8), 1051- 1058. <https://doi.org/10.1111/aogs.13580>

Fonseca, L., Esteves, A., McGarrigle, J., & Possidónio, D. (2009). Country Report on National Data Collection Systems and Practices in Portugal. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.

Fonseca, S. (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 356–367). LIDEL.

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização (3ªEd.)* Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.

Fortin, M., Cotê, J., Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, ISBN 978-989-8075-18-5.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.

Funai, E. & Norwitz, E. (2017). *Management of normal labor and delivery*. Disponível em: Wolters Kluwer: UpToDate.

Galvão, C. M. & Sawada, N. O. (2003). *Prática baseada em evidências: estratégias para a sua implementação na enfermagem*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (1) 57- 60.

Garneau, A. B., & Pepin, J. (2015). *A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing*. *Nurse Education Today*, 35(11), 1062–1068. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.019>.

Gonçalves, L.M.C. (2012). *A pessoa em situação crítica e o cuidado de enfermagem transcultural*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9498>

Graça, L. M. (2017). *Ajustamentos fisiológicos do organismo materno à gravidez*. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (5th ed., pp. 50–60). LIDEL.

Graça, L. M., & Santo, S. (2017). *Monitorização fetal intraparto*. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5th ed., pp. 241–259). LIDEL.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

Hamidzay A. (2018). LinkedIn. *What is cultural sensitivity?*. Retrieved November 26, 2022, from <https://www.linkedin.com/pulse/what-cultural-sensitivity-abdulmarof-hamidzay/>

House of commons health committee. (2003). *Inequalities in Access to Maternity Services: Eighth Report of Session 2002 – 03* Parliament Health Select Community, London: House of Commons.

International Confederation of Midwives. (2019). *Essencial competencies for midwifery practice – 2018 update*. 2-22. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2019/02/icmcompetencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf

International Confederation of Midwives. (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice: 2019 Update*. Retrieved November 26, 2022, Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

International Council of Nurses. (2021). The ICN Code of Ethics for Nurses: Revised 2021. International Council of Nurses. Disponível em: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

International Organization for Migration. (2024). About migration. Em linha: Definition of Migration and Migrant | IOM, UN Migration

International Organization for Migration (2024). Data and Research. Em linha: Migration Data and Research | IOM, UN Migration

International Organization for Migration. (2010). World Migration Report 2010 - The Future of Migration: Building Capacities for Change. Geneva: International Organization for Migration. Disponível em http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf.

International Organization for Migration. (2003). World Migration 2003: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move, Switzerland: IOM.

Janssens, K., Bosmans, M. e Temmerman, M. (2005). Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe, Ghent: ICRH.

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Leininger M. (2002). Founder's focus: cultural diffusion trends, uses, and abuses in transcultural nursing; 13(1):70

Leininger, M. (2001). Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing Press.

Leininger, M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. Nebraska Nurse, 32(4), 16-17.

Leininger, M. (1998). Transcultural Nursing: concepts, theories and practices (2^a ed.). New York, USA: McGraw Hill.

Leininger, M. (1995). Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice (2nd Ed.). New York: McGraw-Hill, Inc

Leininger, M. (1994). Nursing and Anthropology: Two worlds to blend. Ohio, USA: Greyden Press.

Leininger, M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. In M.M. Leininger (Ed.), Culture care diversity and universality: Theory of nursing. New York, NY: National League for Nursing.

Leininger, M. (1985). Ethnography and Ethnonursing: models and modes of qualitative data analysis. Orlando: Grune & Stratton.

- Leininger, M. (1984). *Care: the essence of nursing and health*. New York: Charles B. Slack.
- Leininger, M.M. (1978). *Transcultural nursing: concepts, theories and practice*. New York, John Wileys & Sons, cap. 17, p. 31-51: Transcultural nursing theories and research approach.
- Leininger, M. (1976). Doctoral programs for nurses: trends, questions, and projected plans. Part I: trends, questions, and issues on doctoral programs. *Nurs Res* 25(3):201-10.
- Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 443–454). LIDEL.
- Lin, M., Wu, C., & Hsu, H. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45, 6–11.
- Lobão, F. (2017). *A Esperança numa gravidez com complicações*. [Relatório de estágio de natureza profissional, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18942/1/Relat%C3%B3rio%20Est%C3%A1gio_%20Francisca%20Lob%C3%A3o.pdf
- Lopes, M. (2009) – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.
- Lowdermilk D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*, 7ª edição, Lusodidacta.
- Lowdermilk, D. (2009). Cuidados de Enfermagem durante o Parto. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7a , pp. 277–331). Lusodidacta.
- Machado, M. H., & Graça, L. M. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno Fetal* (5th ed., pp. 220–228). LIDEL.
- Martes, A. & Faleiros, M. (2013). Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 22, 351–364. <https://doi.org/10.1590/S0104-1290201300020000>
- Martins, E., Marques, M. J., & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(3), 163–168. <https://doi.org/https://doi.org/10.32385/rpmgf.v18i3>.
- Mateus, C., et al (2020). Transculturalidade, uma realidade nos cuidados de saúde. *Revista Saúde&Sociedade*.
- Matlin, S., Depoux, A., Schutte, S., Flahault, A., Saso, L. (2018). Migrants’ and refugees’ health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*; 39:27
- Melo, R. A. & Campinas, L. (2010). Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na estratégia saúde da família. *O Mundo Da Saúde* 35 (1): 25–35.

Mercer, J. S., Skovgaard, R. L., Peareara-Eaves, J., & Bowman, T. A. (2005). Nuchal cord management and nurse-midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 373–379. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2005.04.023>.

Monteiro, D. C., Dória, M., Gonçalves, I. S., & Silva, P. T. (2020). Trabalho de parto. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (1st ed., pp. 208–218). LIDEL.

National Institute for Health and Care Excellence. (2023, September 29). Intrapartum Care. NICE Guideline. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations>

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Intrapartum care: Care of healthy women and babies*. London: NICE.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. (Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20a%20cademica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de Enfermagem*. (Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal). Disponível em: [ebook_aspetos eticos investigacao Enf_jun 2020.pdf \(rcaap.pt\)](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/ebook_aspetos_eticos_investigacao_Enf_jun_2020.pdf)

Oliveira, E., Lopes, R., Cavalcante, M., Felix, T., Neto, F. & Moreira, R. (2017). *Parimos em Portugal: a vivência do serviço de saúde por imigrantes brasileiras*.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Cuidados de Saúde Primários*. World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Recomendações para o aumento do trabalho de parto*.

Organização Mundial da Saúde. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em: http://whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2013/10/Final_RMC_Charter.pdf.

Organização Mundial da Saúde. (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.

Perry, S. (2009). Recém-nascido. In D. Lowdermilk & S. Perry (Eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7a , pp. 335–377). Lusodidacta.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E., & Lowdermilk, D. L. (2023). *Maternal Child Nursing Care* (7a). Elsevier.

Pimenta, M. (2020). Emergências em Obstetrícia. In Neves, J. (Coords). *Obstetrícia fundamental* (275-282). LIDEL.

Prada, F., & Rafael, M. (2016). Desvios ao Trabalho de Parto Normal. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed., pp. 368–375). LIDEL.

Queiroz M, Jorge M, Marques J, Cavalcante A, Moreira K. Indicators of quality of care at birth based on satisfaction of recent mothers. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3): 479-87.

Rabe, H., Diaz-Rossello, J. L., Duley, L., Dowswell, T. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD003248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub4>.

Ramos, E. M., Silva, L. F., Cursino, E. G., Machado, M. E. D., & Ferreira, D. S. P. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. *Revista de Enfermagem UERJ*, 22(2), 245–250.

Ramos, M. (2008). Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais In - Saúde, Migração e Interculturalidade. João Pessoa, Editora Universitária da UFPB.

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. *Perspectivas de investigação e de intervenção.* (U. Aberta, Ed.) *Psychologica*, Nº 41, pp. 329-350.

Ramos, N. (2008) - Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. ISBN 978-85-7745-205-0.

Ramos, N. (2012). Migração, maternidade e saúde. *Repertório*, Salvador, nº 18, p.84-93.

Regulamento nº 140/2019, Pub. L. No. 26 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>. Regulamento no 391/2019, Pub. L. No. 85 (2019). Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-3912019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf.

Reis, A. dos, & Costa, M. (2014). Cuidar de Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 2*, 61-69.

Reitmanova, S. & Gustafson, D. (2007). “They Can’t Understand It”: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland. Published Online in 2007. *Matern Child Health J* (2008) 12:101–111.

Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Silveira, M. A., Paiva, A. M., Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20040.

Rosa, R. L. L. (2018). *Cardiotocografia vs STAN: as diferenças nos partos no Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2015 e 2016* [Tese de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8900/1/6078_12740.pdf.

Rosa, S., Lima, P., & Silva, G. (2020). The presence of the companion in labor, delivery and postpartum: understanding of pregnant women. *Revista Pró-Universus*, 11(1), 21-26 - <http://doi.org/10.21727/rpu.v11i1.2099>

Salazar, É. R. S., Leal, R. C., Rodrigues, J. P., Vilanova, R. F., & Silva, I. S. (2021). O uso do partograma na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade pública. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 230– 237. <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.2848>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 4). Art. No.: CD004667.

Santiago, C. (2009). *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante*. Universidade Aberta, Lisboa.

Santiago, C. (2009). *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: contributos para a promoção da saúde da mulher migrante*. Universidade Aberta. Lisboa: RCAAP. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.2/1347>.

Santo, S. (2022a). Episiotomia – que lugar na prática obstétrica. *Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa*, 16(1), 8.

Santo, S. (2022b). Episiotomia, Norma de Orientação SPOMMF*. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 16(1), 70–74.

Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455–472). LIDEL.

Santos, M. J., Sequeira, A., Marcolino, R., Pousa, O., & Moura, V. (2020). Avaliação cefalocaudal do recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1a , pp. 222–243). LIDEL.

Saugstad, O. D., Aune, D., Aguar, M., Kapadia, V. S., Finer, N., Vento, M. (2018). Systematic review and meta-analysis of optimal initial fraction of oxygen levels in the delivery room at ≤ 32 weeks. *Acta Paediatrica*, 107(9), 1424-1431. <https://doi.org/10.1111/apa.14334>

Sequeira, A., Seabra, A., Pousa, O., & Correia, T. I. (2020). Rastreo cardíaco ao recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. F. Amaral (Eds.), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1a, pp. 279–283). LIDEL.

Silva, M. et al. (2021). O pré-natal e a assistência de enfermagem à gestante de alto risco. *Research, Society and Development*, 10 (9), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17173>

Silva, M. V. (2019). Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto [Tese de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Silveira, I. P., & Fernandes, A. F. C. (2007). Conceitos da Teoria Humanística no cuidar obstétrico. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 8(1), 78–84. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027956010.pdf>.

Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M. et al. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 14:152. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152> PMID: 24773762

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Icterícia neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wpcontent/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf.

Supimpa, L., Souza, S., Prandini, N., Andreatta, D., Trigueiro, T., Paviani, B. (2023). Immigrant women's experience of labor and birth. *Rev Esc Enferm USP*. 57 (spe): e20220444. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>

Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. & Rubertsson, C. (2014). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women– Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 31. 445-450.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*.

Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.

Vieira, V., Barreto, M., Marquete, V., Souza, R., Fischer, M., & Marcon, S. (2019). Vulnerability of high-risk pregnancy in the perception of pregnant women and their families. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 22, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192040207>

Vilela, F., Pinto, I., & Pacheco, A. (2020). Puerpério: alterações fisiológicas e complicações. In J. Neves (Ed.), *Obstetrícia Fundamental* (pp. 283–289). LIDEL.

Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e Família. In M. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9th ed, p. 240- 293). Lusociência.

World Health Organization (2003), *International Migration, Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publication Series.

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E., & Theodorsson, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204.

Wikberg, A. & Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*; 5(1):1– 15.

World Health Organization and United Nations Children’s Fund. WHO/UNICEF joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Zangão, M. O. B. (2014). Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar [Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/16711>.

ANEXOS

ANEXO I – SÍNTESE DE REGISTO DE ATIVIDADES PRÁTICAS

Síntese de Registo de Atividades Práticas/*Registration of Practice Activities*

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/<i>Family Counseling and health promotion</i>	497
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/<i>Supervision and care to the pregnant women:</i>	
• Exames pré-natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	341
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/<i>Supervision and care to the women in labor:</i>	40
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiples births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	35
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	6
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	28
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/<i>Supervision and care to the woman at the risk</i>	120
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	13
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	10
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/<i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	143
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/<i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	150
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/<i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	16
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/<i>Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology</i>	39
Prática simulada/<i>Simulated practice:</i>	x
• Prática de manobras de Leopold/ <i>Leopold's maneuver practice</i>	
• Prática de partos eutócicos/ <i>Practice of eutocic births</i>	2
• Prática de partos pélvicos/ <i>Practice of breech births</i>	2
• Prática de distocias de ombros/ <i>Shoulder dystocia practice</i>	2
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/ <i>Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy</i>	x

Santarém,

16 de Junho 2024

Estudante/*Student*

Cláudia Guedes

Professor/*Teacher*

Coordenador do curso/*The course coordinator*

Assinado por: Maria da Conceição Fernandes
Santiago
Num. de Identificação: 08560601

ANEXO II - PARECER COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



PARECER

PARA: PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

c/c: DIRETORA CLÍNICA

DE: PRESIDENTE DA CES

ASSUNTO:

PARECER SOBRE O PROJETO DE INVESTIGAÇÃO, INTITULADO: "A PERSPETIVA DAS MULHERES GUINEENSES SOBRE OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO PARTO, EM PORTUGAL".

DATA: 29 DE FEVEREIRO DE 2024

1. Enquadramento

Estudo de paradigma qualitativo com pesquisa descritiva e exploratória que pretende compreender a perspetiva das mulheres guineenses em Portugal, sobre os cuidados do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto. O objetivo principal passa por compreender os aspetos valorizados e não valorizados, na prestação desses cuidados.

2. Avaliação da pertinência do estudo, a qualidade da sua conceção e o protocolo elaborado

Foi avaliada a relevância e ganhos para a saúde, bem como a validade científica do protocolo de estudo.

3. Avaliação dos riscos e benefícios previsíveis

Considerou-se equilibrado o binómio risco-benefício para o participante.

4. Aptidão do investigador principal

A investigadora principal será a Enfermeira Cláudia Guedes, cujo currículo foi avaliado.

5. Condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo

Consideram-se adequadas as condições materiais e humanas existentes no nosso Hospital para a realização da investigação em apreço.

6. Montantes e modalidades de compensação eventuais dos participantes Não estão previstas compensações aos participantes do estudo.

7. Modalidades de recrutamento dos participantes

Os critérios de inclusão e exclusão estão adequadamente definidos no protocolo.

8. Situações de conflito de interesse por parte do promotor e do investigador Desconhecem-se situações de conflito de interesse.
9. O prazo e condições de acompanhamento clínico dos participantes, após a conclusão do estudo clínico bem como, quando aplicável, o prazo de presunção superior ao previsto no n.º 23 do artigo 152 da Lei n.º 221/2014 de 16 de Abril
Não aplicável ao presente estudo.
10. O procedimento de obtenção de consentimento informado
A apreciação da DPO [REDACTED] aprova a realização do estudo e isenta a necessidade de consentimento informado.

A CES, em sessão realizada a 29 de Fevereiro de 2024, apreciou a fundamentação do investigador principal sobre o pedido de parecer e não encontrou conflitos éticos a condicionar a realização do Estudo.


O processo foi votado pelos membros da CES presentes e foi aprovado por unanimidade.

Presentes:

Ana Azevedo, Carlos Chefe, Helena Russo, Pedro Lopes, Vera Guimarães, Manuela Ralha, Fernanda Henriques, Rita Martins, Liliana Ciobanu e Miguel Galego.

[REDACTED] 11 de Março de 2024,

O Relator



A Presidente da CES



APÊNDICES

APÊNDICE I - PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO

-

“A perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do
EEESMO”

Mestranda:
Cláudia Guedes

Santarém
Ano Letivo 2023/2024

Instituto Politécnico de Santarém
Escola Superior de Saúde de Santarém
9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PROJETO INDIVIDUAL DE ESTÁGIO
**(Estágio e Relatório em ESMO em Medicina Materno-
Fetal, Ginecologia, Puerpério, na Comunidade e no
Bloco de Partos)**

-

**“A perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal
sobre os cuidados do EEESMO”**

Mestranda:
Cláudia Guedes nº 220000152

Professor Orientador:
Açucena Guerra

Santarém
Ano Letivo 2023/2024

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

UC- Unidade Curricular

CMESMO- Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO- – Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EEESMO- Enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

EC- Ensino Clínico

CTG - Cardiotocografia

EPE - Entidade Publica Empresarial

RN- Recém-nascido

USF – Unidade de Saúde Familiar

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEESMO - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

BSG - Boletim de saúde da Grávida

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

Índice

I – INTRODUÇÃO

II – PLANO DO PROJETO

3.1. Contextualização do Ensino Clínico I – Medicina Materno-Fetal/Ginecologia

3.1.1. Plano de Atividades

3.2. Contextualização do Ensino Clínico II - Puerpério

3.2.1. Plano de Atividades

3.3. Contextualização do Ensino Clínico III – Comunidade

3.3.1. Plano de Atividades

3.4. Contextualização do Ensino Clínico IV – Bloco de Partos

3.4.1. Plano de Atividades

IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

I – INTRODUÇÃO

No seguimento à introdução da Unidade Curricular (UC) “Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, integrado no 9º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO), foi recomendada a elaboração de um projeto individual de estágio, estando o mesmo sob a orientação da professora Açucena Guerra. O estágio supramencionado engloba 1106 horas, destas horas, 1000 serão em contexto de Ensino Clínico (EC), na prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à mulher/pessoa/casal/recém-nascido e família. A UC compreende 4 EC que serão realizados em diferentes contextos, sendo estes, por ordem de realização: Medicina Materno-Fetal (150 horas), Ginecologia (50 horas), Puerpério (150 horas), Comunidade (150 horas) e Bloco de Partos (500 horas). O período sugerido para a realização destes EC encontra-se compreendido entre o dia 19 de setembro de 2023 e o dia 12 de julho de 2024.

Neste 2º ano letivo do 9º CMESMO, torna-se essencial alcançar e cumprir determinados objetivos pessoais de aprendizagem que se encontram relacionados com as Competências de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), para que, no fim deste percurso, seja capaz de prestar cuidados especializados de saúde materna e obstétrica de forma autónoma e responsável.

Desta forma, o presente projeto individual de estágio surge para promover o processo de aprendizagem tendo sido, para isso, definidos objetivos específicos, as atividades para lhes dar consecução, os recursos necessários para atingir os mesmos e a sua calendarização. Para poder definir objetivos e atividades a serem realizadas durante os EC, foi considerado o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), publicado em Diário da República em fevereiro de 2019 e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019) publicado em maio de 2019 (Diário da República - RCCEE, 2019; Diário da República - RCEEEESMO, 2019).

Importa esclarecer que, de acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019), as competências comuns são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. O mesmo documento esclarece que as competências específicas se caracterizam por competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. Assim, as competências comuns estabelecidas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente às competências específicas do EEESMO, o regulamento supracitado refere que o mesmo deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade

no âmbito do planeamento familiar, durante o período preconcecional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, doença ginecológica e, ainda, ao grupo-alvo de mulheres que se encontrem em idade fértil, inseridas na comunidade.

Por forma a atingir os objetivos a que me propus, de maneira faseada, elaborei a calendarização dos mesmos. Ressalvo que esta calendarização serve como estruturação para um processo de aprendizagem mais eficaz, mas que o mesmo processo depende de vários fatores e, assim, a mesma poderá sofrer reajustes de acordo com a evolução de aprendizagem, tendo sempre por base processos de auto e heteroavaliação e reuniões intercalares com a enfermeira cooperante e a professora responsável.

Ainda, a mestria no desenvolvimento de investigação, questionando a prática e contribuindo para os avanços em saúde são propósitos do 2º ciclo de estudos. A investigação em Enfermagem permite expandir horizontes no conhecimento específico, contribuindo para o desenvolvimento da profissão como ciência, credibilizando-a. Neste sentido, desenvolver-se-á uma scoping review, bem como um trabalho de campo ao longo do Ensino Clínico, com o tema “A perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica no parto, em Portugal”. O conhecimento da perspetiva das mulheres relativamente aos cuidados de Enfermagem durante o parto, permitir-nos-á, incontestavelmente, refletir sobre as intervenções em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica, no sentido da melhoria da prática.

Portanto, o presente documento é desenvolvido no decorrer dos EC, constituindo um instrumento de orientação, sendo mutável e ajustando-se às necessidades que podem surgir durante os mesmos.

3.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO I – Medicina Materno-Fetal/Ginecologia

O Ensino Clínico I (EC I) será desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados, entre o dia 19 de setembro de 2023 e o dia 10 de novembro de 2023.

O local de estágio para a realização deste EC será um Hospital de nível I (Diário da República, 2014) da região do Ribatejo. O mesmo encontra-se acreditado pela Joint Commission International (JCI), desde outubro de 2014, tendo em 2020 renovado a sua Acreditação. Esta unidade de saúde constitui uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde, tendo sido inaugurada no ano de 2013. Esta instituição presta cuidados a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório. (SNS, s.d.)

O regime de horário praticado será de 25 horas semanais, dispostas de acordo com o horário do orientador da instituição.

O EC I apresenta uma carga horária total de 200 horas que serão distribuídas da seguinte forma e sequência: iniciarei com 75 horas em consulta de gravidez de alto risco, seguindo-se 75 horas em internamento de grávidas patológicas e, finalmente, 50 horas em consulta de ginecologia.

Este EC I será acompanhado e orientado pela Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Isabel Martins e pela Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica Vânia Fonseca.

OBJETIVO GERAL

Neste Ensino Clínico proponho-me a desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, ao nível dos cuidados de saúde diferenciados, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica (grávidas de risco/patológicas, vigiadas em consulta ou em situação de internamento) e da enfermagem na área da saúde da mulher: ginecologia (consultas externas).

Estas competências a que me proponho alcançar surgem em resposta à necessidade de adquirir competências que são requeridas a um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que se baseiam no cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” e no cuidar “a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”, estando estas em sintonia com as competências comuns do enfermeiro de cuidados gerais.

3.1.1 PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
<p>1.1 Integrar a equipa multidisciplinar da Consulta de Gravidez de Alto Risco, do serviço de Internamento de Medicina Materno-Fetal e Consulta Externa de Ginecologia</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H2; H4, H6.</p> <p>(Consulta do Regulamento Nº 140/2019)</p> <p>Competências Específicas: 1; 2; 5; 6.</p> <p>(Consulta do Regulamento Nº 391/2019)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação à equipa multidisciplinar; ➤ Visita guiada às instalações; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a missão/visão do hospital, assim como a área geográfica que o mesmo abrange e de que forma é realizada a articulação entre os serviços (consulta de alto risco, internamento de grávidas, consulta de ginecologia) e ainda entre os CS da área abrangente; ➤ Aquisição de informações acerca da organização, gestão, constituição, regras, horários e funcionamento dos serviços; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica da equipa multidisciplinar e as atividades de enfermagem; ➤ Identificação das intervenções do EEESMO na equipa multidisciplinar; ➤ Compreensão do funcionamento dos serviços, do sistema informático e sistemas de registos; ➤ Consulta de protocolos, procedimentos e normas de trabalho existentes nos serviços, bem como projetos implementados ou a implementar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Chefe; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Professora Orientadora; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>1ª Semana de EC</p>
<p>1.2 Traçar objetivos e planear atividades a atingir e desenvolver</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do projeto individual de estágio, tendo em conta as funções e responsabilidade do EEESMO, os 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	<p>2ª e 3ª semana de EC</p>

<p>durante o Ensino Clínico I – Medicina Materno-Fetal e Ginecologia</p>	<p>B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 1; 2; 5; 6.</p>	<p>objetivos traçados e as necessidades detetadas e manifestadas pela equipa de enfermagem relacionadas com formação em serviço ou sessões de educação para a saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolver atividades integradas no Plano de Estudo do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Professora Orientadora. 	<p>(Sujeito a alterações ao longo do EC)</p>
<p>1.3 Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico de forma a promover o crescimento pessoal e profissional</p>	<p>Competências Comuns A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 1; 2; 5; 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão, reflexão e validação do projeto individual de estágio com a professora e a enfermeira orientadora, ao longo do ensino clínico, de forma a contribuir para a vivência de momentos enriquecedores ao nível de aprendizagem e de experiências; ➤ Reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio; ➤ Desenvolvimento da capacidade de reflexão e pensamento crítico, durante o ensino clínico; ➤ Integração dos princípios éticos e deontológicos durante a prestação de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>No decorrer de todo o EC</p>

		<p>cuidados, bem como a responsabilização pelas atividades desenvolvidas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação intermédia e final com a Enf.ª Cooperante e Professora Orientadora com auto e heteroavaliação. 		
<p>1.4 Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos da área da enfermagem de saúde materna e obstétrica/ginecológica</p>	<p>Competências Comuns: D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 1; 2; 5; 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão dos conteúdos lecionados durante o ensino teórico em sala de aula do 1ºano letivo; ➤ Identificação e conhecimento sobre as principais patologias/causas que levam ao encaminhamento das grávidas à consulta de gravidez de alto risco; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional da Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar; ➤ Identificação e conhecimento sobre as várias patologias/causas que levam ao encaminhamento para a consulta de ginecologia; ➤ Identificação e conhecimento sobre técnicas/práticas/instrumentos/escalas utilizadas no desenvolvimento de uma consulta de gravidez de alto risco; ➤ Identificação e conhecimento sobre técnicas/práticas/instrumentos/escalas utilizadas no desenvolvimento de uma consulta de ginecologia; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Livros; ✓ Folhetos informativos; ✓ Internet; ✓ Apontamentos das aulas; ✓ Artigos científicos; ✓ Processo Clínico. 	<p>1ª e 2ª semana de forma mais intensa e no decorrer de todo o EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de pesquisa bibliográfica e estudo individual; ➤ Consulta dos processos clínicos para reunir informação pertinente. 		
<p>1.5 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/casal inseridos na família/comunidade em situação de Consulta de Gravidez de Alto Risco</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO na consulta de vigilância da gravidez de alto risco; ➤ Participação ativa e realização de consultas de Gravidez de Alto Risco, de acordo com a idade gestacional e o motivo do encaminhamento a esta consulta específica; ➤ Acolhimento da grávida no gabinete promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com a mesma; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelas diferenças culturais; ➤ Implementação de medidas de promoção da higiene, conforto e bem-estar da grávida; ➤ Anamnese/Colheita de dados: os antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, cálculo da idade gestacional, data prevista para o parto, hábitos e estilos de vida da mulher e do segundo progenitor e 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Grávida/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>No decorrer de todo o EC</p>

		<p>queixas/desconfortos/dúvidas existentes;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do risco de gravidez através da escala de Goodwin modificada; ➤ Cálculo da idade gestacional e data provável do parto, através da data da última menstruação e/ou da primeira ecografia; ➤ Avaliação e interpretação dos exames complementares de diagnóstico (análises laboratoriais e ecografias); ➤ Interpretação e avaliação dos diferentes instrumentos de informação presentes no processo clínico e Boletim de Saúde da Grávida (BSG); ➤ Desenvolvimento de um plano de cuidados com a grávida/casal/pessoa significativa, de forma a integrá-los nos próprios cuidados, e alterá-lo sempre que necessário; ➤ Avaliação do bem-estar materno-fetal, utilizando os meios clínicos e técnicos adequados (observação de pele e mucosas, estado geral e nutricional, avaliação dos parâmetros vitais, peso e ganho ponderal, pesquisa de edemas, varizes, manobras de Leopold, avaliação da altura de fundo do útero (AFU) a partir das 14 semanas, auscultação dos batimentos cardíacos fetais a partir das 12 semanas de gravidez, percepção da 		
--	--	---	--	--

		<p>grávida sobre presença movimentos fetais, sensivelmente a partir faz 18/20 semanas de gestação, realização e interpretação de cardiotocografia (CTG) a partir das 36 semanas ou 34 semanas em gravidez gemelar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreensão e confirmação junto da grávida, percebendo se sente os movimentos fetais a partir das 18/20 semanas de gestação e explicar como proceder ao registo dos movimentos fetais a partir das 35 semanas de gestação no BSG; ➤ Avaliação psicológica da grávida: atitude e perceção face à gravidez, motivação, sistema de apoio familiar e conhecimentos sobre a gravidez, bem como do motivo de ser alto risco, com posterior promoção da saúde mental e uma parentalidade positiva e responsável, com promoção de vinculação precoce; ➤ Avaliação dos recursos pessoais e materiais da grávida / casal para a gravidez e para a chegada do recém-nascido e sempre que possível aconselhar na otimização de recursos ou encaminhamento para outros profissionais; ➤ Identificação de necessidades de educação para a saúde (por exemplo, na 		
--	--	--	--	--

		<p>1ª consulta após diagnóstico de Diabetes Gestacional ou Hipertensão Arterial Induzida na Gravidez);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração de folheto informativo sobre Diabetes Gestacional e Administração de insulina (após deteção de carência e necessidade do mesmo); ➤ Realização de sessões de educação para a saúde, adequada as necessidades detetadas, de forma a apoiar no processo de readaptação ao processo de saúde-doença ou indo ao encontro das necessidades identificadas em cada trimestre da gravidez, considerando a sua individualidade, medos e ansiedades: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Informação sobre estilos de vida saudáveis (realização de exercício físico, adoção de uma alimentação regrada prevenindo doenças infecciosas como toxoplasmose), ganho ponderal de peso; -Informação sobre Diabetes Gestacional, pesquisa de glicemia capilar, alimentação adequada e administração de insulina (quando necessário); ✓ Informação sobre vigilância da tensão arterial e sinais de alerta para ir ao SU; ✓ Informação sobre sexualidade; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Instrução sobre os aspetos psicológicos e emocionais durante a gravidez; ✓ Explicação sobre os primeiros movimentos fetais (segundo trimestre) e realizar registo no boletim de saúde de grávida a partir das 35 semanas (terceiro trimestre); ✓ Incentivo à preparação do enxoval do bebé (segundo trimestre); ✓ Informação sobre aspetos importantes no terceiro trimestre de gestação como a preparação da mala da maternidade, fisiologia e analgesia do trabalho de parto, consulta de revisão pós-parto, cuidados ao recém-nascido, segurança rodoviária, diagnóstico precoce e vigilância de saúde infantil e revisão do puerpério; ✓ Informação e reforçar em todos os trimestres de gestação grávida/casal sobre sinais e sintomas de alarme para recorrer à urgência. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Incentivo e promoção para a participação da grávida/casal em cursos de preparação para o parto e parentalidade; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compreensão da posição da grávida/casal relativamente a amamentação explicando benefícios para mãe e recém-nascido para que possam tomar uma decisão informada; ➤ Entregar material ou folheto explicativo sobre a sessão de educação para a saúde realizada; ➤ Orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença; ➤ Avaliação do estado vacinal da grávida, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação; ➤ Avaliação da necessidade de realização de Isoimunização Rh; ➤ Sensibilização da mulher/casal para a importância da vigilância da gravidez; ➤ Encaminhamento da mulher em situações que justifiquem a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar; ➤ Aquisição de capacidade de tomada de decisão, com base no raciocínio crítico e cientificamente apoiado, perante diversas situações e durante as consultas; ➤ Registo e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados. 		
1.6 Desenvolver competências cognitivas,			✓ Mestranda;	No decorrer de todo o EC

<p>técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/casal inseridos na família/comunidade em situação de Internamento</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO no serviço de internamento de grávidas patológicas; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados de acordo com a idade gestacional e o motivo do internamento; ➤ Acolhimento da grávida no serviço de internamento promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com a mesma; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelas diferenças culturais; ➤ Implementação de medidas de promoção da higiene, conforto e bem-estar da grávida; ➤ Avaliação inicial/Colheita de dados: os antecedentes pessoais, familiares, obstétricos e ginecológicos, cálculo da idade gestacional, data prevista para o parto, hábitos e estilos de vida da mulher e do segundo progenitor e queixas/desconfortos/dúvidas existentes; ➤ Avaliação e interpretação dos exames complementares de diagnóstico; ➤ Interpretação e avaliação dos diferentes instrumentos de informação presentes no processo clínico e Boletim de Saúde da Grávida (BSG); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Grávida/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
---	---	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolvimento de um plano de cuidados com a grávida/casal/pessoa significativa, de forma a integrá-los nos próprios cuidados, e alterá-lo sempre que necessário; ➤ Avaliação do bem-estar materno-fetal, utilizando os meios clínicos e técnicos adequados (observação de pele e mucosas, estado geral e nutricional, avaliação dos parâmetros vitais, peso e ganho ponderal, pesquisa de edemas, varizes, manobras de Leopold, avaliação da altura de fundo do útero (AFU) a partir das 14 semanas, auscultação dos batimentos cardíacos fetais a partir das 12 semanas de gravidez, percepção da grávida sobre presença movimentos fetais, sensivelmente a partir faz 18/20 semanas de gestação, realização e interpretação de cardiotocografia (CTG) a partir das 36 semanas ou 34 semanas em gravidez gemelar; ➤ Avaliação psicológica da grávida: atitude e percepção face à gravidez, motivação, sistema de apoio familiar e conhecimentos sobre a gravidez, bem como do motivo de ser alto risco, com posterior promoção da saúde mental e uma parentalidade positiva e responsável, com promoção de vinculação precoce; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acompanhar o processo de indução de trabalho de parto (ITP), promovendo o conforto e bem-estar da grávida/casal; ➤ Aquisição de competências cognitivas acerca de farmacologia e mecanismos de ITP; ➤ Aquisição de competências práticas para a cervicometria, quando esta se demonstrar necessária; ➤ Identificação de necessidades de educação para a saúde; ➤ Realização de sessões de educação para a saúde, adequadas as necessidades detetadas, de forma a apoiar no processo de readaptação ao processo de saúde-doença; ➤ Entregar material ou folheto explicativo sobre a sessão de educação para a saúde realizada; ➤ Orientação para a promoção da saúde e prevenção da doença; ➤ Encaminhamento da mulher em situações que justifiquem a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar; ➤ Aquisição de capacidade de tomada de decisão, com base no raciocínio crítico e cientificamente apoiado, perante diversas situações e durante as consultas; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Registo e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados. 		
<p>1.7 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família/comunidade, a vivenciar processo de saúde/doença ginecológica e/ou durante o período de climatério</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 5; 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO na consulta externa de ginecologia; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados de acordo com o motivo do encaminhamento a esta consulta; ➤ Acolhimento da mulher/pessoa significativa na consulta de ginecologia promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com a mesma; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelas diferenças culturais; ➤ Anamnese/colheita de dados: antecedentes obstétricos e ginecológicos, pessoais e familiares, hábitos e estilos de vida e fatores de risco na saúde da mulher; ➤ Desenvolvimento de um plano de cuidados com a mulher/casal/pessoa significativa, de forma a integrá-los nos próprios cuidados, e alterá-lo sempre que necessário; ➤ Preparação da utente e colaboração com outros profissionais na realização de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Mulher/Família; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>No decorrer de todo o EC</p>

		<p>citologias, colposcopias, histeroscopias e tratamentos ao colo do útero;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção de educação para a saúde sexual e reprodutiva culturalmente adequados e inclusivos, tendo em conta as necessidades e a individualidade da mulher/casal/pessoa significativa (métodos contraceptivos e sua aplicabilidade e utilização; infeções sexualmente transmissíveis); ➤ Planeamento de gravidez com a mulher/casal, com discussão em conjunto das expectativas para o momento atual e para o futuro (número de filhos, espaçamento entre os mesmos em caso de problema ginecológico); ➤ Favorecer um ambiente benéfico à mulher/casal potenciador da expressão de problemas na vivência da sexualidade e fertilidade; ➤ Observação e cooperação em rastreios de cancro do colo do útero e mama; ➤ Prestação de cuidados à mulher em situação pós-cirúrgica, tendo em vista a identificação e prevenção de complicações; ➤ Avaliação do estado emocional/psicológico identificando sinais de alerta, promovendo a saúde mental na mulher/casal/pessoa significativa. 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encaminhamento da mulher em situações que justifiquem a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar; ➤ Aquisição de capacidade de tomada de decisão, com base no raciocínio crítico e cientificamente apoiado, perante diversas situações e durante as consultas; ➤ Registo e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados. 		
1.8 Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos	Competências Comuns: C1; C2. Competências Específicas: 4.1; 6.1.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aquisição de competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas; ➤ Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; ➤ Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; 	No decorrer de todo o EC
1.9 Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço	Competências Comuns: D1; D2. Competências Específicas:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; ➤ Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Mulher/Família; 	No decorrer de todo o EC

	7.1; 7.2; 7.3.	<p>grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Aquisição de pesquisa bibliográfica para a elaboração do folheto proposto; ➤ Obtenção de conhecimentos a partir da partilha de momentos significativos com a Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora e restante equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
<p>1.10 Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<p>Competências Comuns: B1; B2; D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do tema de interesse a desenvolver no projeto individual de estágio, bem como qual a abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; ➤ Investigação, interpretação e discussão de resultados; ➤ Apresentação e discussão com a equipa sobre o tema “A perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do EEESMO”; ➤ Elaboração de uma scoping review; ➤ Composição de um relatório de estágio que articule as atividades realizadas, a reflexão sobre as mesmas e o conhecimento teórico- prático; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>No decorrer de todos os EC</p>

		<ul style="list-style-type: none">➤ Realização da discussão final do relatório;➤ Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho desenvolvido com a enfermeira cooperante e a professora orientadora.		
--	--	--	--	--

3.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO II – Puerpério

O EC II será desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados, entre o dia 13 de novembro de 2023 e o dia 5 de janeiro de 2024.

O local de estágio para a realização deste EC II será um Hospital de nível (Diário da República, 2014) da região do Ribatejo. Esta unidade de saúde constitui uma EPE integrada no Serviço Nacional de Saúde e tem como missão a prestação de serviços e cuidados de saúde de elevada qualidade para satisfação dos utentes e das entidades responsáveis financeiramente pelos cuidados prestados, promovendo a realização pessoal e profissional dos seus colaboradores, tendo sempre presente a justa noção da eficiência da sua ação. (SNS, s.d.)

Esta instituição abrange a população dos seguintes concelhos: Santarém, Rio Maior, Golegã, Cartaxo, Alpiarça, Almeirim, Chamusca, Coruche e Salvaterra de Magos.

O EC II apresenta uma carga horária total de 150 horas que serão distribuídas por 6 semanas, no serviço de internamento de puerpério. O regime de horário praticado será de 25 horas semanais, dispostas de acordo com o horário do orientador da instituição.

OBJETIVO GERAL

Neste Ensino Clínico proponho-me a desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, ao nível dos cuidados de saúde diferenciados, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica (puérperas/casais, recém-nascidos saudáveis ou patológicos).

Estas competências a que me proponho alcançar surgem em resposta à necessidade de adquirir competências que são requeridas a um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que se baseiam no cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”, estando estas em sintonia com as competências comuns do enfermeiro especialista ao enfermeiro de cuidados gerais.

3.2.1 PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
<p>1.1 Integrar a equipa multidisciplinar do Internamento de Obstetrícia</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H2; H4, H6.</p> <p>Competências Específicas: 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação à equipa multidisciplinar; ➤ Visita guiada às instalações; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a missão/visão do hospital, assim como a área geográfica que o mesmo abrange e de que forma é realizada a articulação entre os serviços (Urgência Obstétrica, Bloco de Partos e Internamento Obstétrico) e ainda entre os CS da área abrangente; ➤ Aquisição de informações acerca da organização, gestão, constituição, regras, horários e funcionamento dos serviços; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica da equipa multidisciplinar e as atividades de enfermagem; ➤ Identificação das intervenções do EEESMO na equipa multidisciplinar; ➤ Compreensão do funcionamento dos serviços, do sistema informático e sistemas de registos; ➤ Consulta de protocolos, procedimentos e normas de trabalho existentes nos serviços, bem como projetos implementados ou a implementar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Chefe; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Professora Orientadora; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>1ª semana de EC</p>
<p>1.2 Traçar objetivos e planear atividades a atingir e desenvolver</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2;</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do projeto individual de estágio, tendo em conta as funções e responsabilidade do EEESMO, os 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	

<p>durante o Ensino Clínico II – Puerpério</p>	<p>B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 4.</p>	<p>objetivos traçados e as necessidades detetadas e manifestadas pela equipa de enfermagem relacionadas com formação em serviço ou sessões de educação para a saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolver atividades integradas no Plano de Estudo do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Professora Orientadora. 	<p>2ª e 3ª semana de EC (Sujeito a alterações ao longo do EC)</p>
<p>1.3 Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico de forma a promover o crescimento pessoal e profissional</p>	<p>Competências Comuns A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão, reflexão e validação do projeto individual de estágio com a professora e a enfermeira orientadora, ao longo do ensino clínico, de forma a contribuir para a vivência de momentos enriquecedores ao nível de aprendizagem e de experiências; ➤ Reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio; ➤ Desenvolvimento da capacidade de reflexão e pensamento crítico, durante o ensino clínico, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, e 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>No decorrer do EC</p>

		<p>discussão semanal com o enfermeiro cooperante;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração dos princípios éticos e deontológicos durante a prestação de cuidados, bem como a responsabilização pelas atividades desenvolvidas; ➤ Avaliação intermédia e final com a Enf.ª Cooperante e Professora Orientadora com auto e heteroavaliação. 		
<p>1.4 Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos da área da enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<p>Competências Comuns: D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão dos conteúdos lecionados durante o ensino teórico em sala de aula do 1ºano letivo; ➤ Identificação e conhecimento sobre o período pós-natal, cuidados de saúde infantil ao recém-nascido (RN), planeamento familiar, cuidados pré-concepcionais futuros e planeamento de próxima gravidez, período pós-natal e vivência dos processos de saúde/doença pós-parto, induzidos, ou não, pela gravidez; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional da Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Livros; ✓ Folhetos informativos; ✓ Internet; ✓ Apontamentos das aulas; ✓ Artigos científicos; ✓ Processo Clínico. 	<p>1ª e 2ª semana de forma mais intensa e no decorrer de todo o EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação e conhecimento sobre técnicas/práticas/instrumentos/escalas utilizadas no serviço de internamento obstétrico; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica e estudo individual; ➤ Consulta dos processos clínicos para reunir informação pertinente. 		
<p>1.5 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à puérpera/casal no período pós-natal</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO no internamento obstétrico/puerpério; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados à puérpera/casal/pessoa significativa e ao RN de acordo com o tipo de parto e história colhida por avaliação inicial; ➤ Acolhimento da puérpera/casal/pessoa significativa no internamento promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com a mesma; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelos valores, crenças e diferenças culturais; ➤ Compreensão do estado emocional da puérpera/ família relativamente ao parto e nascimento, cuidados ao RN e as adaptações necessárias; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Grávida/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; 	<p>No decorrer de todo o EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementação de medidas de promoção da higiene, conforto e bem-estar da puérpera; ➤ Sensibilização para a importância da vigilância da puérpera/ recém-nascido/família no período pós-natal; ➤ Compreensão do estado emocional da puérpera/casal relativamente ao parto e pós-parto, tentando compreender quais as suas maiores dificuldades, medos e ansiedades; ➤ Desenvolvimento de um plano de cuidados com a puérpera/casal/pessoa significativa, de forma a integrá-los nos próprios cuidados, e alterá-lo sempre que necessário; ➤ Colheita dos dados da puérpera/casal/recém-nascido através da observação, entrevista e análise dos registos de enfermagem (intercorrências na gravidez atual, caracterização do índice obstétrico, análises laboratoriais, tempo de rotura de membranas, evolução e duração do trabalho de parto, tipo de parto e analgesia/anestesia utilizada, dados do recém-nascido tais como sexo, hora de nascimento, índice de Apgar, peso, eliminação, aleitamento, presença de circulares, resposta da tríade, existência de malformações), 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
--	--	---	---	--

		<p>acompanhado de realização de avaliação inicial;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização da observação física da puérpera (estado geral, estado hemodinâmico, aspeto das mamas e mamilos, involução uterina (globo de segurança de Pinard), observação da ferida cirúrgica no caso de cesariana e episiorrafia ou ainda sutura de laceração no caso de parto vaginal, aspeto dos lóquios, eliminação vesical e intestinal e existência de edemas nos membros inferiores); ➤ Identificação precoce de complicações, sinais de alerta e fatores de risco no pós-parto, sensibilizando a puérpera/casal a comunicar aquando do aparecimento dos mesmos; ➤ Administração de Imunoglobulina Anti-D, quando assim indicado e prescrito; ➤ Execução de tratamento à ferida cirúrgica abdominal, no caso de cesariana, e avaliar evolução cicatricial da mesma; ➤ Compreensão dos recursos pessoais, materiais e sociais disponíveis à puérpera/recém-nascido/casal e aconselhamento na gestão dos mesmos; ➤ Realização da observação física do RN (estado geral, integridade e coloração cutâneas, coto umbilical, vitalidade, eliminação vesical e intestinal, 		
--	--	--	--	--

		<p>alimentação, reflexos, cabeça, tronco e membros, genitais, fontanelas, avaliação de peso, comprimento e perímetro cefálico, interação da mãe/pai com o RN, sensação de conforto, cólicas, estado de higiene do RN);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação física, comportamental e neurológica do recém-nascido, incluindo malformações, complicações, adaptação à vida extrauterina, interação da tríade, peso e comprimento; ➤ Realização do rastreio de “Diagnóstico Precoce”, entre o 3º e 6º dias de vida, em RN que se mantenham internados até ao 6º dia de vida; ➤ Informação à puérpera/ casal do desenvolvimento do RN, bem como os sinais e sintomas de alarme; ➤ Detecção precoce de complicações pós-parto, e realização de tratamento e/ou encaminhamento (ingurgitamento mamário/mastite, anemia, maceração de mamilos, hemorroidas, incontinência vesical/ intestinal, deiscência da sutura, infeção puerperal, depressão pós-parto); ➤ Detecção precoce e tratamento e/ou encaminhamento de situações de alterações morfológicas e/ou funcionais do RN; ➤ Compreensão da posição da puérpera/casal/pessoa significativa relativamente a 		
--	--	--	--	--

		<p>amamentação explicando benefícios para mãe e recém-nascido e respeitar a decisão no caso de optarem por aleitamento materno, aleitamento artificial ou aleitamento misto;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoio na lactação: Esclarecimento sobre a importância das técnicas facilitadoras para o sucesso da amamentação; promoção dos benefícios do aleitamento materno; promoção da autonomia da puérpera no processo da amamentação, mas com disponibilidade para suporte sempre que necessário; avaliação de pega; esclarecimento sobre suplementação e alimentação com leite adaptado, caso seja esta a vontade da puérpera/casal; ➤ Promoção de apoio emocional à puérpera/casal/pessoa significativa no caso de surgirem complicações no pós-parto e/ou no recém-nascido; ➤ Avaliação da adaptação familiar e do processo de transição para a parentalidade, procedendo ao devido encaminhamento para a equipa multidisciplinar em caso de necessidade; ➤ Identificação enquanto enfermeira especialista as necessidades formativas centradas na puérpera/casal/pessoa significativa e recém-nascido; 		
--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de educação para a saúde face às necessidades identificadas: cuidados de higiene e conforto (banho, cuidados ao coto umbilical e sinais de alerta, mudança da fralda, posição no berço, alívio de cólicas); amamentação, cuidados com as mamas e mamilos e eventuais complicações; prevenção de quedas do recém-nascido; vigilância das perdas hemáticas; ➤ Esclarecimento de dúvidas da puérpera/casal e realizar educação para a saúde indo de encontro às necessidades identificadas considerando a sua individualidade, medos e ansiedades; ➤ Promoção da vinculação familiar da tríade (pele com pele), com abertura para a expressão de problemas/sentimentos/emoções; ➤ Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas da puérpera/casal/pessoa significativa; ➤ Promoção e capacitação da autonomia da puérpera/casal no autocuidado e no cuidado ao recém-nascido através da validação de conhecimentos e supervisão nos cuidados; ➤ Identificação de situações desviantes da normalidade do processo de transição e adaptação à parentalidade ou situações de alterações morfológicas e/ou 		
--	--	---	--	--

		<p>funcionais do recém-nascido, e sempre que se justifique, realizar o encaminhamento para outros profissionais de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Apoio e compreensão em casos de luto por morte fetal ou neonatal; ➤ Realização de educação para a saúde à puérpera/casal sobre sexualidade e métodos contraceptivos no pós-parto e espaçamento/planeamento de gravidez futura; ➤ Preparação de alta clínica desde o início do internamento; ➤ Encaminhamento da mulher em situações que justifiquem a intervenção de outros elementos da equipa multidisciplinar; ➤ Registo dos dados no BSG e no Boletim de saúde Infantil e Juvenil (BSI/J) e no Boletim de Vacinação do RN; ➤ Realização dos registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático disponível na instituição e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados; 		
1.6 Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de	Competências Comuns: C1; C2.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aquisição de competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família otimizando as respostas de enfermagem e da equipa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	No decorrer de todo o EC

enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos	Competências Específicas: 4.	<p>de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; ➤ Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar; 	
1.7 Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço	Competências Comuns: D1; D2. Competências Específicas: 4.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; ➤ Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; ➤ Elaboração de folheto informativo sobre Diabetes Gestacional e Administração de insulina (após deteção de carência e necessidade do mesmo); ➤ Aquisição de pesquisa bibliográfica para a elaboração do folheto proposto; ➤ Obtenção de conhecimentos a partir da partilha de momentos significativos com a Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora e restante equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	No decorrer de todo o EC
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do tema de interesse a desenvolver no projeto individual de 		

<p>1.8 Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<p>Competências Comuns: B1; B2; D1; D2.</p>	<p>estágio, bem como qual a abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; ➤ Investigação, interpretação e discussão de resultados; ➤ Apresentação e discussão com a equipa sobre o tema “A perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do EEESMO”; ➤ Elaboração de uma scoping review; ➤ Composição de um relatório de estágio que articule as atividades realizadas, a reflexão sobre as mesmas e o conhecimento teórico- prático; ➤ Realização da discussão final do relatório; <p>Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho desenvolvido com a enfermeira cooperante e a professora orientadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>No decorrer de todos os EC</p>
--	--	--	--	-----------------------------------

3.3. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO III – COMUNIDADE

O EC III será desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários, entre o dia 8 de janeiro de 2024 e o dia 16 de fevereiro de 2024.

O local de estágio para a realização deste Ensino Clínico será uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da região do Ribatejo. O EC III apresenta uma carga horária total de 150 horas que serão distribuídas por 6 semanas. Ainda não me é conhecido a distribuição das horas relativamente na USF e UCC. O regime de horário praticado será de 25 horas semanais, dispostas de acordo com o horário do orientador da instituição.

OBJETIVO GERAL

Neste Ensino Clínico proponho-me a desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, ao nível dos cuidados de saúde primários, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica/ginecológica/saúde sexual e reprodutiva.

Estas competências a que me proponho alcançar surgem em resposta à necessidade de adquirir competências que são requeridas a um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que se baseiam no cuidar “a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional”, “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal”, “a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério”, “a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” e, ainda, “o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade”. Estando estas em sintonia com as competências comuns do enfermeiro especialista ao enfermeiro de cuidados gerais.

3.3.1 PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
<p>1.1 Integrar a equipa multidisciplinar do da Unidade de Cuidados na Comunidade da Unidade de Saúde Familiar</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H2; H4, H6.</p> <p>Competências Específicas: 2.1, 4.1, 5.1, 6.1</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação à equipa multidisciplinar; ➤ Visita guiada às instalações; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a missão/visão das unidades respetivas, assim como a área geográfica que abrangem e de que forma é realizada a articulação entre as unidades hospitalares e demais; ➤ Aquisição de informações acerca da organização, gestão, constituição, regras, horários e funcionamento dos serviços; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica da equipa multidisciplinar e as atividades de enfermagem; ➤ Identificação das intervenções do EEESMO na equipa multidisciplinar; ➤ Compreensão do funcionamento dos serviços, do sistema informático e sistemas de registos; ➤ Consulta de protocolos, procedimentos e normas de trabalho existentes nos serviços, bem como projetos implementados ou a implementar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Chefe; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Professora Orientadora; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>1ª semana do EC</p>
<p>1.2 Traçar objetivos e planear atividades a atingir e desenvolver</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do projeto individual de estágio, tendo em conta as funções e responsabilidade do EEESMO, os objetivos traçados e as necessidades 		<p>2ª e 3ª semana de EC</p>

<p>durante o Ensino Clínico III – Comunidade</p>	<p>Competências Específicas: 1; 2; 3; 5; 6; 7.</p>	<p>detetadas e manifestadas pela equipa de enfermagem relacionadas com formação em serviço ou sessões de educação para a saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolver atividades integradas no Plano de Estudo do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>(Sujeito a alterações ao longo do EC)</p>
<p>1.3 Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico de forma a promover o crescimento pessoal e profissional</p>	<p>Competências Comuns A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 1; 2; 3; 5; 6; 7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão, reflexão e validação do projeto individual de estágio com a professora e a enfermeira orientadora, ao longo do ensino clínico, de forma a contribuir para a vivência de momentos enriquecedores ao nível de aprendizagem e de experiências; ➤ Reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio; ➤ Desenvolvimento da capacidade de reflexão e pensamento crítico, durante o ensino clínico, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>No decorrer do EC</p>

		<p>obstétrica, e discussão semanal com o enfermeiro cooperante;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Integração dos princípios éticos e deontológicos durante a prestação de cuidados, bem como a responsabilização pelas atividades desenvolvidas; ➤ Avaliação intermédia e final com a Enf.ª Cooperante e Professora Orientadora com auto e heteroavaliação. 		
<p>1.4 Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos da área da enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<p>Competências Comuns: D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 1; 2; 3; 5; 6; 7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão dos conteúdos lecionados durante o ensino teórico em sala de aula do 1ºano letivo; ➤ Identificação e conhecimento sobre planeamento familiar, cuidados pré-concepcionais, período pré-natal e vivência da gravidez, período pós-natal, climatério e vivência dos processos de saúde/doença ginecológica, em contexto de comunidade; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional da Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil; ➤ Identificação e conhecimento sobre técnicas/práticas/instrumentos/escalas utilizadas na USF e UCC; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Livros; ✓ Folhetos informativos; ✓ Internet; ✓ Apontamentos das aulas; ✓ Artigos científicos; ✓ Processo Clínico. 	<p>1ª e 2ª semana de forma mais intensa e no decorrer de todo o EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de pesquisa bibliográfica e estudo individual; ➤ Participação em conferências de interesse na área, nomeadamente “XII Reunião de Reflexão sobre a Interrupção Voluntária da Gravidez por opção da Mulher” e “12ª Reunião nacional da Sociedade Portuguesa da Contraceção”. ➤ Consulta dos processos clínicos para reunir informação pertinente. 		
<p>1.5 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à pessoa/casal inseridos na família/comunidade, no âmbito do planeamento familiar e período pré concecional</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 1; 7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO na USF e UCC; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados à pessoa/casal, de acordo com motivo de consulta/sessão, etc; ➤ Acolhimento da pessoa/casal na unidade de saúde (USF ou UCC) promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com a mesma; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelos valores, crenças e diferenças culturais; ➤ Anamnese para avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Pessoa/Família; ✓ Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados 	<p>No decorrer do EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verificação do cumprimento do Plano Nacional de Vacinação e atualização, se necessário; ➤ Promoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, consumos tóxicos, controlo de infeção); ➤ Verificação da lista de elegíveis e posterior convocação de utentes para realização de copocitologias em atraso; ➤ Verificação da lista de elegíveis e posterior convocação de utentes para substituição e/ou retirada de implante contraceutivo; ➤ Observação, colaboração e realização de Consultas de Planeamento Familiar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de educação para a saúde sobre métodos contraceptivos, aplicabilidade e utilização; ✓ Identificação de qual o método contraceutivo ideal para a pessoa/casal, de forma individualizada e tendo em conta o seu contexto pessoal, social e cultural; ➤ Fornecimento de métodos contraceptivos, de forma individualizada, à pessoa/casal; ➤ Planeamento de gravidez com a pessoa/casal, com discussão em conjunto das expectativas para o 	<p>de enfermagem especializados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
--	--	--	--	--

		<p>momento atual e para o futuro (número de filhos, espaçamento entre os mesmos);</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Educação para a saúde sobre infeções sexualmente transmissíveis (comportamentos de riscos, prevenção, complicações); ➤ Promoção de ambiente favorável e culturalmente confortável à expressão de problemas de vivência da sexualidade e fertilidade; ➤ Avaliação sobre adesão ao rastreio do cancro do colo do útero; ➤ Observação e colaboração em rastreios de cancro do colo do útero (Copocitologia) e mama; ➤ Observação, colaboração e realização de consultas de enfermagem pré-concepcionais: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoção da suplementação; ✓ Gestão e controlo de doenças pré-existentes; ✓ Informação dos exames (análises, rastreio do cancro colo do útero) a realizar, se necessário, enfatizando a importância dos mesmos no período pré-concepcional; ✓ Avaliação dos aspetos psicológicos, familiares, sociais, financeiros e culturais face à 		
--	--	---	--	--

		<p>preparação para a gravidez e parentalidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização dos registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático disponível na instituição, bem como no boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados. 		
<p>1.6 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à pessoa/casal inseridos na família/comunidade, durante o período pré-natal</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO na USF e UCC; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados à mulher/casal, de acordo com motivo de consulta/sessão, etc; ➤ Acolhimento da mulher/casal na unidade de saúde (USF ou UCC) promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com a mesma; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da grávida, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelos valores, crenças e diferenças culturais; ➤ Anamnese para avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos); ➤ Determinação da idade gestacional; data provável do parto e data provável de parto corrigida; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Grávida/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; 	<p>No decorrer do EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do bem-estar materno fetal (peso, tensão arterial, altura uterina, análise sumária de urina, edemas, batimentos cardíacos, manobras de Leopold, estado emocional/psicológico); ➤ Interpretação dos exames complementares de diagnóstico; ➤ Promoção de estilos de vida saudáveis (suplementação, alimentação, exercício físico, saúde oral, consumo de tabaco, álcool e drogas, controlo de infeção, vestuário, cuidados da pele e de higiene); ➤ Promoção de estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez de acordo com idade gestacional; ➤ Educação para a saúde: Fisiologia da gravidez, aleitamento materno, fisiologia do trabalho de parto/sinais de parto/plano de parto, cuidados ao recém-nascido adequando à idade gestacional e individualidade da mulher/casal; ➤ Promoção de vinculação precoce entre a mulher/casal durante a gravidez; ➤ Descrição e enumeração dos sinais de alarme durante a gravidez e como atuar perante os mesmos; ➤ Promoção da adesão ao Plano Nacional de Vacinação, nomeadamente à vacina contra tétano e difteria (explicação da 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
--	--	---	---	--

		<p>necessidade da mesma e qual a altura ideal da sua realização);</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Promoção e encaminhamento da pessoa/casal para o Curso de Preparação para o Parto entre as 22-24 semanas de gestação;➤ Observação participativa nas aulas online e presenciais do Curso de Preparação para o Parto;➤ Identificação precoce de complicações e fatores de risco, assim como a identificação da articulação necessária para o encaminhamento destas situações;➤ Prestação de cuidados à mulher/casal com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem;➤ Articulação com o hospital de preferência da mulher/casal para consultas de seguimento a partir das 36 semanas;➤ Realização dos registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático disponível na instituição, bem como no boletim de saúde da grávida e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados.		
--	--	---	--	--

<p>1.7 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher/casal inseridos na família/comunidade, durante o período pós-natal e ao recém-nascido</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EESMO na USF e UCC; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados à puérpera/casal/recém-nascido; ➤ Acolhimento da puérpera/casal/recém-nascido na unidade de saúde (USF ou UCC) promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com os mesmos; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da puérpera/casal/recém-nascido, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelos valores, crenças e diferenças culturais; ➤ Anamnese para avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos, sobre o parto); ➤ Realização de exame físico da puérpera (estado da pele, mucosas, mamas e mamilos, involução uterina, características dos lóquios, presença de edemas, observação da sutura/episioplastia); ➤ Identificação e prevenção precoce de complicações pós-parto, com eventual referência para equipa multidisciplinar; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Puérpera/RN/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Boletim de Saúde Infantil e Juvenil ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>No decorrer do EC</p>
--	---	---	---	--------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação da adaptação familiar perante o nascimento, estado emocional e autonomia da puérpera/casal, assim como expressão de sentimentos e emoções dos mesmos; ➤ Observação física do recém-nascido (peso, reflexos, coloração da pele; comportamento, coto umbilical); ➤ Promoção e realização do rastreio das doenças metabólica no recém-nascido entre o 3º e 6º dia de vida, assim como educação para a saúde acerca da importância do mesmo à puérpera/casal; ➤ Promoção do início da contraceção, de forma individualizada e ajustada à situação atual do casal, assim como educação sobre a sexualidade no puerpério; ➤ Educação para a saúde: aleitamento materno/artificial, cuidados com a pele/mamas/períneo, higiene diária da puérpera e recém-nascido, retorno à atividade física/sexual, vacinação do recém-nascido, sinais de alarme para puérpera e recém-nascido, periodicidade das consultas de saúde infantil; ➤ Realização dos registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático disponível na 		
--	--	---	--	--

		instituição, bem como no boletim de saúde da grávida e boletim de saúde infantil e juvenil, e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados.		
<p>1.8 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à pessoa inserida na comunidade no período do climatério e/ou a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 5; 6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação da conduta do EEESMO na USF e UCC; ➤ Participação ativa na prestação dos cuidados à pessoa, de acordo com o motivo da consulta; ➤ Acolhimento da pessoa na unidade de saúde (USF ou UCC) promovendo um ambiente de empatia e segurança e desenvolvendo uma relação terapêutica com os mesmos; ➤ Utilização de linguagem adequada ao nível sociocultural da pessoa, de modo a estabelecer e manter a comunicação; ➤ Respeito pelos valores, crenças e diferenças culturais; ➤ Anamnese para avaliação inicial (dados gerais, obstétricos e ginecológicos); ➤ Referenciação de situações de doença ginecológica, se adequado, para a equipa multidisciplinar; ➤ Identificação de antecedentes pessoais e cirúrgicos e de complicações anteriores, do foro ginecológico; ➤ Avaliação do estado psicológico e emocional da mulher, através da 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Mulher/Família; ✓ Material para realização de educação para a saúde; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>No decorrer do EC</p>

		<p>identificação de alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, com posterior referenciação à equipa multidisciplinar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prestação de cuidados à mulher/casal com base nos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão de enfermagem; ➤ Identificação de fatores de risco na saúde da mulher; ➤ Discussão acerca de sinais e sintomas característicos no climatério, identificando a existência dos mesmos; ➤ Promoção de estratégias de alívio de desconfortos do climatério; ➤ Prevenção de complicações associadas ao climatério. ➤ Realização dos registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático disponível na instituição e avaliação das atividades desenvolvidas para assegurar a continuidade dos cuidados. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aquisição de competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família otimizando as respostas de enfermagem e da equipa 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	

1.9 Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos	Competências Comuns: C1; C2. Competências Específicas: 1; 2; 3; 5; 6; 7.	<p>de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; ➤ Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Professora Orientadora. ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	No decorrer do EC
1.7 Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço	Competências Comuns: D1; D2. Competências Específicas: 1; 2; 3; 5; 6; 7.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; ➤ Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; ➤ Aquisição de pesquisa bibliográfica para a elaboração do folheto proposto; ➤ Obtenção de conhecimentos a partir da partilha de momentos significativos com a Enfermeira Cooperante, Professora Orientadora e restante equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do tema de interesse a desenvolver no projeto individual de estágio, bem como qual a abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante; 		

<p>1.8 Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<p>Competências Comuns: B1; B2; D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; ➤ Investigação, interpretação e discussão de resultados; ➤ Apresentação e discussão com a equipa sobre o tema “A perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do EEESMO”; ➤ Elaboração de uma scoping review; ➤ Composição de um relatório de estágio que articule as atividades realizadas, a reflexão sobre as mesmas e o conhecimento teórico- prático; ➤ Realização da discussão final do relatório; <p>Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho desenvolvido com a enfermeira cooperante e a professora orientadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	<p>No decorrer de todos os EC</p>
--	--	--	--	-----------------------------------

3.4. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO IV – BLOCO DE PARTOS

O EC IV será desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados, entre o dia 19 de Fevereiro a 12 Junho de 2024.

O local de estágio para a realização deste EC será um Hospital de nível I (Diário da República, 2014) da região do Ribatejo. O mesmo encontra-se acreditado pela Joint Commission International (JCI), desde outubro de 2014, tendo em 2020 renovado a sua Acreditação. Esta unidade de saúde constitui uma Entidade Pública Empresarial (EPE) integrada no Serviço Nacional de Saúde, tendo sido inaugurada no ano de 2013. Esta instituição presta cuidados a cerca de 250 mil pessoas dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira e possui valências básicas, intermédias e diferenciadas que são prestadas em regime de internamento e de ambulatório. (SNS, s.d.)

O EC IV apresenta uma carga horária total de X horas que serão distribuídas por X semanas, no Bloco de Partos. O regime de horário praticado será de 25 horas semanais, dispostas de acordo com o horário do orientador da instituição.

OBJETIVO GERAL

Neste Ensino Clínico proponho-me a desenvolver competências que me permitam prestar cuidados de enfermagem especializados, ao nível dos cuidados de saúde diferenciados, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica no bloco de partos.

Estas competências a que me proponho alcançar surgem em resposta à necessidade de adquirir competências que são requeridas a um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que se baseiam no cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”, estando estas em sintonia com as competências comuns do enfermeiro especialista ao enfermeiro de cuidados gerais.

3.4.1 PLANO DE ATIVIDADES

OBJETIVOS	COMPETÊNCIAS	ATIVIDADES	RECURSOS	CRONOGRAMA
1.1 Integrar a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2; H2; H4, H6.</p> <p>Competências Específicas: 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação à equipa multidisciplinar; ➤ Visita guiada às instalações; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a missão/visão do hospital, assim como a área geográfica que o mesmo abrange e de que forma é realizada a articulação entre os serviços (Urgência Obstétrica, Bloco de Partos e Internamento Obstétrico) e ainda entre os CS da área abrangente; ➤ Aquisição de informações acerca da organização, gestão, constituição, regras, horários e funcionamento dos serviços; ➤ Aquisição de conhecimentos sobre a dinâmica da equipa multidisciplinar e as atividades de enfermagem; ➤ Identificação das intervenções do EEESMO na equipa multidisciplinar; ➤ Compreensão do funcionamento dos serviços, do sistema informático e sistemas de registos; ➤ Consulta de protocolos, procedimentos e normas de trabalho existentes nos serviços, bem como projetos implementados ou a implementar. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Chefe; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Professora Orientadora; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	1ª semana do EC
1.2 Traçar objetivos e planear atividades a atingir e desenvolver durante o Ensino Clínico IV – Bloco de Partos	<p>Competências Comuns: A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboração do projeto individual de estágio, tendo em conta as funções e responsabilidade do EEESMO, os objetivos traçados e as necessidades detetadas e manifestadas pela equipa de enfermagem relacionadas com 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	2ª e 3ª semana de EC (Sujeito a alterações ao longo do EC)

	Competências Específicas: 3.	<p>formação em serviço ou sessões de educação para a saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desenvolver atividades integradas no Plano de Estudo do Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica, do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (391/2019); 	✓ Professora Orientadora.	
1.3 Desenvolver capacidade de análise e reflexão sobre os objetivos e atividades desenvolvidas ao longo do Ensino Clínico de forma a promover o crescimento pessoal e profissional	Competências Comuns A1; A2; B3; C1; C2; D1; D2. Competências Específicas: 3.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Discussão, reflexão e validação do projeto individual de estágio com a professora e a enfermeira orientadora, ao longo do ensino clínico, de forma a contribuir para a vivência de momentos enriquecedores ao nível de aprendizagem e de experiências; ➤ Reuniões informais com a docente orientadora e com a orientadora do local de estágio; ➤ Desenvolvimento da capacidade de reflexão e pensamento crítico, durante o ensino clínico, sobre a minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica, e discussão semanal com o enfermeiro cooperante; ➤ Integração dos princípios éticos e deontológicos durante a prestação de cuidados, bem como a responsabilização pelas atividades desenvolvidas; ➤ Avaliação intermédia e final com a Enf.ª Cooperante e Professora Orientadora com auto e heteroavaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Professora Orientadora. 	No decorrer do EC

<p>1.4 Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos da área da enfermagem de saúde materna e obstétrica</p>	<p>Competências Comuns: D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 3; 4.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisão dos conteúdos lecionados durante o ensino teórico em sala de aula do 1º ano letivo; ➤ Identificação e conhecimento sobre cuidados a prestar em período trabalho de parto e pós-parto imediato, à parturiente/puérpera e ao RN; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional da Vigilância da Gravidez de Baixo Risco; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar; ➤ Conhecimento e mobilização sobre o Programa Nacional de Saúde Infantil; ➤ Identificação e conhecimento sobre técnicas/práticas/instrumentos/escalas utilizadas no Bloco de Partos; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica e estudo individual; ➤ Consulta dos processos clínicos para reunir informação pertinente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Livros; ✓ Folhetos informativos; ✓ Internet; ✓ Apontamentos das aulas; ✓ Artigos científicos; ✓ Processo Clínico. 	<p>1ª e 2ª semana de forma mais intensa e no decorrer de todo o EC</p>
<p>1.5 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO na admissão/acolhimento da</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização do acolhimento à grávida/parturiente/acompanhante, efetuando a apresentação pessoal e da equipa, demonstrando disponibilidade e estabelecendo uma relação de confiança e empatia de forma que se sintam acolhidos no bloco de partos, e confortáveis para expor dúvidas, questões e preocupações e se demonstrem recetivos à informação dada; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Grávida/Família; 	<p>No decorrer do EC</p>

<p>grávida/parturiente e família</p>	<p>3.1; 3.2; 3.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esclarecimento e informação à grávida/parturiente/ acompanhante sobre as normas e rotinas do serviço, bem como apresentação do espaço físico e recursos que podem usufruir de maneira que se adaptem e ambientem ao espaço onde iram permanecer durante uma grande parte do internamento; ➤ Perceção do motivo de internamento da grávida no serviço de bloco de partos; ➤ Compreensão do estado emocional da grávida/parturiente/ acompanhante relativamente à gravidez, percebendo se é uma gravidez planeada ou não, ou se é desejada ou não; ➤ Identificação do estado emocional e psicológico da grávida/parturiente/acompanhante no que respeita às suas expectativas sobre trabalho de parto e parto; ➤ Estabelecimento de uma comunicação assertiva e eficaz, adequando a linguagem ao nível sociocultural da grávida/ parturiente/ acompanhante; ➤ Utilização dos princípios éticos e deontológicos associados aos cuidados de enfermagem, de maneira a prestar cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; ➤ Prestação de cuidados com base no respeito pela cultura, crenças, religião de cada grávida/parturiente/ acompanhante; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
---	-----------------------	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicação de estratégias de comunicação na prestação de cuidados a utentes que não falem língua portuguesa como por exemplo, a utilização de tradutor informático, utilização de mimica, recorrer ao acompanhante quando este entenda língua portuguesa ou inglesa de maneira a servir de intermediário na passagem de informação, utilização de papel e caneta, para desenho, quando assim se justifique, de forma a melhorar a compreensão da grávida/parturiente e acompanhante; ➤ Elaboração da avaliação inicial da grávida e colheita de dados através da informação prestada pela equipa de enfermagem que fez a admissão da grávida/parturiente/acompanhante no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia ou consulta de obstetrícia e ginecologia, e também através da observação física e da consulta do processo informático; ➤ Conhecimento de características como antecedentes pessoais, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos e ginecológicos, idade gestacional, vigilância da gravidez, intercorrências na gravidez, observação e interpretação de resultados de exames, existência de plano de partos, entre outros; ➤ Realização da observação física da grávida/parturiente, incluindo o exame vaginal, a avaliação da estrutura pélvica e da estática fetal; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avaliação do bem-estar materno-fetal, através da monitorização e interpretação do CTG, interpretando fatores como frequência cardíaca fetal (frequência cardíaca fetal basal, variabilidade, presença de acelerações ou desacelerações), presença de contrações uterinas (amplitude, frequência, duração e regularidade); ➤ Compreensão da correlação entre a contratilidade e frequência cardíaca fetal e alterações na resposta materna e fetal; ➤ Desenvolvimento de um plano de cuidados com a grávida / parturiente/acompanhante, de forma a integrá-los nos próprios cuidados, numa perspetiva de parceria de cuidados, alterando o plano sempre que necessário e sempre que as suas necessidades se modifiquem; 		
<p>1.6 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 1º estadio do trabalho de parto</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Permissão da presença do acompanhante quando a grávida assim o desejar, e sempre que possível, de acordo com as normas do serviço; ➤ Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, permitindo e incentivando a grávida/parturiente/acompanhante a expressarem os seus sentimentos e emoções com dignidade, respeitando as suas decisões, esclarecendo as suas dúvidas, promovendo a sua privacidade, prestando cuidados seguros e de qualidade de forma contínua; ➤ Esclarecimento de todas as dúvidas à grávida/parturiente e acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto, bem como informação de 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Parturiente/Família; 	<p>No decorrer do EC</p>

		<p>todos os procedimentos a serem executados, pedindo sempre autorização à grávida para prestação de cuidados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do verdadeiro e falso trabalho de parto; ➤ Identificação da fase latente e da fase ativa, constituintes do 1º estadio do trabalho de parto; ➤ Respeito pelo ritmo do trabalho de parto; ➤ Informação à grávida/ parturiente e acompanhante sobre medicações farmacológicas e farmacológicas para a dor disponíveis no bloco de partos; supervisão até à 12ª semana e de forma autónoma até a 20ª semana. 16 ➤ Implementação e colaboração em técnicas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto na grávida/ parturientes como, hidroterapia através de banho no chuveiro, musicoterapia, bola de pilates, deambulação e exercícios respiratórios; ➤ Implementação e colaboração em terapia farmacológica para o alívio da dor como administração de fármacos por via sistémica, analgesia epidural/ sequencial; ➤ Administração de terapêutica que facilita, ou são necessários no decorrer do trabalho de parto como soroterapia, antibioterapia, uterotónicos, analgésicos, entre outros; ➤ Incentivo à liberdade de movimentos, promovendo a posição vertical que favorece a evolução do trabalho de parto e parto natural; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	
--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quando possível, incentivo da ingestão de líquidos claros e gelatina; ➤ Incentivo à micção frequente evitando a distensão vesical que impede a descida da apresentação; ➤ Realização de esvaziamento vesical apenas em situações necessárias; ➤ Avaliação do bem-estar materno-fetal através de monitorização e interpretação do traçado CTG, vigilância de sinais vitais, realização de manobras de Leopold; ➤ Aplicação de monitorização CTG interna quando necessária como quando a monitorização externa é ineficaz; ➤ Avaliação do bem-estar materno-fetal, através da monitorização e interpretação do CTG, interpretando fatores como frequência cardíaca fetal (frequência cardíaca fetal basal, variabilidade, presença de acelerações ou desacelerações), presença de contrações uterinas (amplitude, frequência, duração e regularidade); ➤ Quando CTG não tranquilizador adotar medidas como administração de oxigénio, soroterapia, posicionamento lateral esquerdo e informar médico; ➤ Observação e interpretação das características do colo uterino de acordo com a escala de Bishop (dilatação cervical, apagamento, consistência, posição, altura da apresentação); 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação da apresentação fetal, altura da apresentação (planos de De Lee e planos de Hodge), variedade, encravamento; ➤ Observação da integridade das membranas, se integras ou rotura espontânea ou artificial. No caso de rotura de membranas, caracterização do líquido amniótico quanto à cor, viscosidade, cheiro e quantidade. ➤ Em situações específicas e mediante a autorização da grávida/parturiente/acompanhante, realizar amniotomia; ➤ Interpretação e registo da evolução do trabalho de parto no partograma assim que se inicie a fase ativa; ➤ Identificação de complicações associadas ao 1º estadio de trabalho de parto e intervenção adequada considerando os três componentes do trabalho de parto (canal de parto, contrações e feto); ➤ Identificação de sinais eminentes do início do 2º estadio do trabalho de parto; ➤ Realização do registo de características e intervenções realizadas bem como de educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados no programa informático existente no serviço. 		
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, promovendo a privacidade da grávida/parturiente/acompanhante; ➤ Reconhecimento do período expulsivo através de sinais como inexistência do colo, dilatação 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	

<p>1.7 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no 2º estadio do trabalho de parto</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<p>completa e apagamento completo do colo, aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo e coroamento do polo cefálico, necessidade involuntária de “fazer força”;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Certificação se a sala de parto tem disponível e em funcionamento todos os materiais e equipamento (mesa de reanimação neonatal, monitor cardíaco fetal, fármacos de urgência entre outros), necessário de forma a dar resposta imediata às necessidades que possam surgir durante o segundo estadio de trabalho de parto; ➤ Permissão da presença do acompanhante, informando o mesmo das normas e procedimentos e como pode colaborar com a parturiente e com a equipa profissional; ➤ Promoção de medidas de conforto e bem-estar, encorajar, elogiar e tranquilizar a parturiente; ➤ Posicionamento da parturiente na posição mais confortável para si, facilitando a descida do feto, permitindo a intervenção da equipa de saúde na colaboração durante o momento do nascimento de uma forma segura; ➤ Reconhecimento da altura ideal para a parturiente realizar esforços expulsivos; ➤ Realização de medidas que favoreçam o controlo do período expulsivo através de estimulação verbal, verbalizando indicações claras e precisas facilitando a realização de esforços expulsivos eficazes; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Parturiente/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>No decorrer do EC</p>
--	---	---	---	--------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicação sobre o controlo da respiração durante os esforços expulsivos, e sobre o descanso e relaxamento entre as contrações de forma a preservar energia para utilizar no momento das contrações em que tem que realizar maior força; ➤ Identificação da apresentação, variedade, situação, grau de descida da apresentação e confirmação das condições da bacia, através do toque vaginal; ➤ Observação da eficácia da contração uterina; ➤ Administração de perfusão de oxitocina de acordo com prescrição ou protocolo do serviço; ➤ Proceder a desinfeção do períneo; ➤ Disposição da mesa de parto, abertura do kit de partos, compressas, linhas de sutura, seringa de 5 ml e agulha endovenosa, no caso de ser necessária a colheita de sangue do cordão umbilical, e seringa de 20 ml, agulha de diluição e agulha intramuscular quando necessária a anestesia local; ➤ Colocação de toca, bata cirúrgica e luvas esterilizadas; ➤ Quando necessário realizar esvaziamento vesical; ➤ Avaliação continua da frequência cardíaca fetal em todo o processo; ➤ Quando CTG não tranquilizador adotar medidas como administração de oxigénio, soroterapia, posicionamento lateral esquerdo e informar médico; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Perceção da necessidade de episiotomia, informando sempre a parturiente; ➤ Realização de manobra de proteção do períneo e de extração fetal: <ul style="list-style-type: none"> ✓ aplicação de pressão ligeira na cabeça do feto em direção à vagina, prevenindo o nascimento demasiado rápido; ✓ confirmação de que não existem circulares cervicais; ✓ apoio da cabeça do bebé enquanto efetua a rotação externa; ✓ na extração dos ombros puxar a cabeça do feto de forma suave, para baixo e para a frente, de forma a soltar o ombro anterior; ✓ na extração do ombro posterior, elevar a cabeça fetal para a sínfise púbica para evitar traumatismo do períneo; ✓ após a extração dos ombros, segurar firmemente o recém-nascido para evitar que deslize durante o nascimento da restante superfície corporal; ✓ realização da expressão manual das vias aéreas superiores (no sentido do tórax para a cabeça) para libertação de mucosidades; ✓ colocação do recém-nascido sobre o abdómen da mãe logo após o nascimento; ✓ questionamento se a mãe ou acompanhante querem cortar o cordão umbilical, e permitir esse momento, caso contrário, cortar o cordão umbilical; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinação da hora do nascimento; ➤ Colaboração em partos distócicos; 		
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização do registo de características e intervenções realizadas bem como de educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados no programa informático existente no serviço (Glintt), no partograma e no boletim de saúde da grávida. 		
<p>1.8 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados especializados em ESMO à puérpera/acompanhante no 3º estadio do trabalho de parto</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 3.1; 3.2; 3.3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconhecimento dos sinais de descolamento da placenta (cordão firme, súbita saída de sangue pelo introito vaginal, aumento aparente do cordão umbilical devido à descida da placenta pelo introito vaginal, aumento do volume da vagina ou observação no introito vaginal de placenta e membranas fetais; ➤ Execução da dequitação: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pinça do cordão próximo do períneo; ✓ Realização da tração controlada do cordão; ✓ Apoio da placenta à medida que vai exteriorizando, segurar com as duas mãos e rodar lentamente e cuidadosamente; ✓ Realização de massagem uterina após a expulsão da placenta; ✓ Identificação do mecanismo de expulsão da placenta (Shultz ou Duncan); <ul style="list-style-type: none"> ➤ Observação criteriosa da placenta (forma, integridade, perceber se houve retenção de alguma membrana ou se falta algum lóbulo (cotilédone), presença de âmnios e córion; ➤ Observação do cordão umbilical (2 artérias e uma veia); 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Puérpera/Família; ✓ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ✓ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e 	<p>No decorrer do EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Quando o tipo mãe com fator sanguíneo Rh-, colheita de sangue do cordão após clampagem; ➤ Quando identificada retenção da placenta: ✓ Informação à obstetra; ✓ Avaliação das perdas sanguíneas; ✓ Avaliação dos sinais vitais; ✓ Soroterapia (Lactato de Ringer ou Soro fisiológico); ✓ Administração de antibioterapia, analgésicos e uterotónicos de acordo com prescrição; ✓ Massagem uterina; ➤ Confirmação da formação do globo de segurança de Pinard; ➤ Administração de ocitócicos de acordo com prescrição ou protocolo; ➤ Em caso de laceração, identificar o tipo de laceração de acordo com os tecidos lesados; ➤ Administração de anestesia local, em utente sem analgesia epidural; ➤ Reparação do períneo por planos, identificando os tecidos a serem suturados; ➤ Realização da reparação perineal, revisão final do colo, vagina, períneo e útero, repetição do toque retal em suturas profundas; ➤ Aplicação de gelo; ➤ Realização de promoção para a saúde através de ensinios sobre higiene perineal e prevenção de infeção local e sobre os lóquios (quantidade, cor, cheiro, presença de coágulos); ➤ Realização do registo de características e intervenções realizadas bem como de educação 	<p>projetos existentes no serviço.</p>	
--	--	--	--	--

		para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados no programa informático existente no serviço, partograma e boletim de saúde da grávida;		
1.9 Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO puérpera/acompanhante no 4º estadio do trabalho de parto	Competências Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2. Competências Específicas: 3.1; 3.2; 3.3.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção de um ambiente acolhedor, calmo, tranquilo, e facilitador da vinculação; ➤ Realização de promoção para a saúde, explicação sobre os procedimentos e esclarecimento de dúvidas; ➤ Promoção do contacto pele a pele, facilitador da vinculação; ➤ Demonstração de apoio para a amamentação, caso seja o desejo da puérpera; ➤ Vigilância e identificação precoce de complicações, intervindo de forma eficaz como chamar ajuda, contactar de imediato o obstetra, realizar massagem uterina, avaliação de sinais vitais administração de terapêutica prescrita; ➤ Duas horas após o parto, realizar observação completa da puérpera e recém-nascido e prestar cuidados de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação da pele e mucosas; ✓ Observação das características das mamas e mamilos; ✓ Promoção do esvaziamento vesical na arrastadeira, se presença de globo vesical, ou se puérpera com vontade de urinar; ✓ Realização de esvaziamento vesical, quando presença de globo vesical, e puérpera não conseguir urinar espontaneamente; 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mestranda; ➤ Enfermeira Orientadora; ➤ Equipa multidisciplinar; ➤ Puérpera/Família; ➤ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ➤ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ➤ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	No decorrer do EC

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificação da altura do fundo uterino, atestar se se encontra contraído, e exercer pressão, verificando se existe a presença de coágulos na cavidade uterina; ✓ Observação do períneo, e sutura perineal para despiste de hematomas, lacerações ou edema; ✓ Realização da higiene perineal da puérpera; ✓ Observação da existência de hemorroidas; ✓ Observação dos lóquios, quanto à quantidade, cor, odor e presença de coágulos; ✓ Remoção do cateter epidural; ✓ Avaliação dos sinais vitais; ✓ Fornecimento de alimentação e hidratação à puérpera; ✓ Reconhecimento sobre se recém-nascido mamou de forma eficaz; ✓ Observação da pele, mucosas do RN; ✓ Observação da vitalidade do RN; ✓ Observação de dejeções e micções do RN; ✓ Promoção de medidas de conforto; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização do registo de intervenções realizadas bem como de educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados no programa informático existente no serviço. ➤ Contacto com o serviço de internamento para realização da transferência da puérpera e RN. 		
1.10 Desenvolver competências cognitivas,		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e tranquilo para receber o RN; ➤ Verificação se todo o material necessário está disponível e local acessível para ser usado de 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mestranda; ➤ Enfermeira Orientadora; 	

<p>técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina</p>	<p>Competências Comuns: A1; A2; B1; B2; B3; C1; C2; D1; D2.</p> <p>Competências Específicas: 3.1; 3.2.</p>	<p>forma rápida e eficaz, bem como atestar o funcionamento da mesa de reanimação neonatal;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colocação do pano para receber o RN, bem como toalha e roupa do RN em aquecimento, de forma a estar quente quando o RN nasce; ➤ Confirmação da hora do nascimento; ➤ Prestação de cuidados imediatos ao RN de acordo com as suas necessidades como, <p>✓ Aspiração secreções e manter a permeabilidade das vias aéreas;</p> <p>✓ Quando presença de mecónio, aspirar conteúdo gástrico;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realização de estímulo tátil (contacto pele com a mãe logo que possível); ➤ Observação física, neurológica e comportamental do RN, no sentido céfalo-caudal, despistando malformações; ➤ Constatação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; ➤ Realização da pesagem do RN; ➤ Administração da vitamina K e da vacina VHB, se autorização da mãe; ➤ Identificação do RN com pulseira com nome da mãe; ➤ Prestação de cuidados de conforto como, vestir o recém-nascido com roupa aquecida; ➤ Promoção da vinculação do RN com pai e mãe, assim que possível; ➤ Contacto com pediatra sempre que ocorrerem partos distócicos, nascimento de RN 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equipa multidisciplinar; ➤ Puérpera/RN/Família; ➤ Boletim Individual de Saúde da Grávida; ➤ Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; ➤ Material necessário para a prestação dos cuidados de enfermagem especializados; ➤ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	<p>No decorrer do EC</p>
--	--	---	---	--------------------------

		<p>prematturos, risco infeccioso, CTG não tranquilizador, intercorrência na gravidez e parto, patologia materna ou fetal;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quando necessário colaborar com o pediatra na reanimação neonatal; ➤ Quando RN com dificuldade respiratória ou dificuldade na adaptação à vida extrauterina, com sinais de dificuldade respiratória, colocar RN em incubadora aquecida, monitorizar, contactar pediatra e se necessário administrar oxigénio e manter vigilância e monitorização; ➤ Quando assim se justifica, transferência do RN para serviço de neonatologia, e passagem de informação sobre gravidez, momento do parto e RN presencialmente a colega da neonatologia; ➤ Realização do registo de características e intervenções realizadas e diagnósticos de enfermagem identificados no programa informático existente no serviço, no boletim de saúde Infantil e Juvenil, no boletim de vacinas e preenchimento da notícia de nascimento. 		
<p>1.11 Participar na melhoria da qualidade da gestão dos cuidados especializados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais clínicos</p>	<p>Competências Comuns: C1; C2.</p> <p>Competências Específicas: 4.1; 6.1.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aquisição de competências na área da gestão dos cuidados de enfermagem prestados à mulher/família otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas; ➤ Otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; 	<p>No decorrer do EC</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecimento da organização de material/equipamentos nos serviços, assim como a sua disposição e rotinas de reposição. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Normas, protocolos e procedimentos existentes no serviço. 	
1.12 Desenvolver competências cognitivas e comunicacionais, no âmbito da formação contínua em serviço	Competências Comuns: D1; D2. Competências Específicas: 7.1; 7.2; 7.3.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Levantamento das necessidades de formação da equipa de enfermagem e dos utentes, em cada contexto, em conjunto com enfermeira cooperante; ➤ Pesquisa acerca das necessidades identificadas, com posterior definição de grupo-alvo, temáticas, métodos de exposição e recursos; ➤ Aquisição de pesquisa bibliográfica para a elaboração do ... proposto; ➤ Obtenção de conhecimentos a partir da partilha de momentos significativos com a enfermeira cooperante, professora orientadora e restante equipa de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira cooperante; ✓ Professora Orientadora; ✓ Equipa multidisciplinar; ✓ Normas, protocolos, procedimentos e projetos existentes no serviço. 	No decorrer do EC
1.13 Desenvolver competências científicas no âmbito da	Competências Comuns:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificação do tema de interesse a desenvolver no projeto individual de estágio, bem como qual a abordagem da temática com a professora orientadora e enfermeira cooperante; ➤ Realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática; ➤ Investigação, interpretação e discussão de resultados; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mestranda; ✓ Enfermeira Orientadora; 	

investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica	B1; B2; D1; D2.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apresentação e discussão com a equipa sobre o tema “A perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do EEESMO”; ➤ Elaboração de uma scoping review; ➤ Composição de um relatório de estágio que articule as atividades realizadas, a reflexão sobre as mesmas e o conhecimento teórico- pratico; ➤ Realização da discussão final do relatório; <p>Realização de reuniões de orientação e análise sobre o trabalho desenvolvido com a enfermeira cooperante e a professora orientadora.</p>	✓ Professora Orientadora.	No decorrer de todos os EC
---	-----------------	--	---------------------------	----------------------------

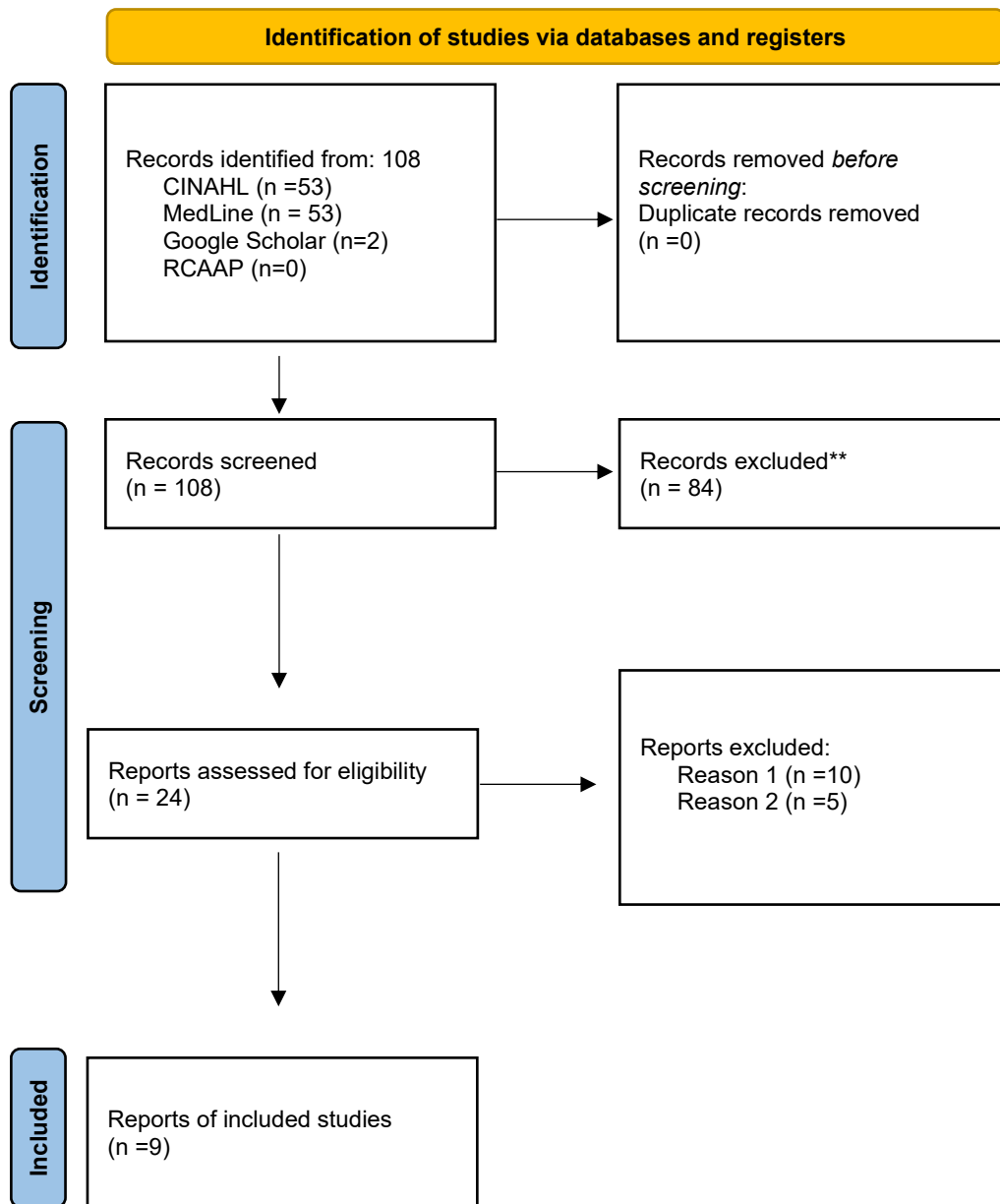
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente documento, enquanto instrumento de sistematização das atividades a desenvolver em cada Ensino Clínico, permite a organização e orientação do mestrando ao longo das semanas, através de metas temporais, facilitando a concretização dos objetivos definidos. Além disso, favorece a reflexão, no sentido de perceber quais as competências que foram até à data desenvolvidas e quais necessitam de ser aprofundadas para o cumprimento dos objetivos, espelhando, também, a evolução do mestrando na área da Saúde Materna e Obstétrica. Por outro lado, a formulação do Projeto de Estágio, que exigiu a consulta dos Regulamentos das Competências inerentes à profissão, bem como do Código Deontológico e do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, constitui-se como uma revisão e revalidação dos direitos, deveres e princípio éticos inerentes à profissão. Considerando que o presente documento se perspetiva como um plano, desenvolvido nas primeiras semanas de uma Unidade Curricular que corresponde a quarenta semanas, deve ser tido como dinâmico e evolutivo, podendo, ao longo do tempo, ser adaptado consoante as experiências, necessidades e oportunidades de aprendizagem. Contudo, intenta-se o seu cumprimento integral.

APÊNDICE II – CONCEITOS PCC E TERMOS DE PESQUISA

		Termos Naturais PT	Termos Naturais EN	MeSH (MedLine)	Headings (CINAHL)
	População	Mulheres imigrantes Parturientes	Immigrant women Parturient	Emigrants and Immigrants	Immigrants
	Conceito	Parto Trabalho de Parto	Childbirth Lab*r	Parturition Lab*r, Obstetric Delivery, obstetric	Delivery, obstetric Lab*r
		Cuidados de enfermagem obstétrica Enfermeiro ESMO	Obstetric nursing Nurse midwife	Obstetric Nursing Nurse Midwives Midwifery	Obstetric Care Midwifery
	Contexto	Local do nascimento	-	-	-

APÊNDICE III – *PRISMA FLOW DIAGRAM*



Adaptado de: PRISMA Flow Diagram para o processo de scoping review do JBI (2020)

Reason 1 – Não apresenta metodologia explícita

Reason 2 – Os objetivos não cumprem para os requisitos da investigação

APÊNDICE IV – INSTRUMENTO JBI – *DATA EXTRACTION INSTRUMENT*

Study	Methodology	Method	Participants	Phenomena of interest	Author's conclusion	Reviewer's conclusion
<p>1. "Can you please hold my hand too, not only my breast?" <i>The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium</i></p> <p>Degrie, L., Dierckx de Casterle, B., Gastmans, C., Denier, Y. (2020)</p> <p>BD: MedLine</p>	Qualitativo	<p>Recolha de dados por entrevista semi- estruturada. As entrevistas foram analisadas usando uma abordagem da Teoria Fundamentada (Grounded Theory). Critérios de inclusão: mulheres que se consideram muçulmanas sendo descendentes turcas ou marroquinas; estar hospitalizada numa maternidade na província do Limburgo, Bélgica, durante os últimos 3 anos; qualquer tipo de parto. Estratégias de recrutamento: Agências-chave (escolas, centros de integração e outras organizações), pessoas chave, momentos informais de convívio, amostragem em bola de neve e ainda anúncios num sítio Web de uma organização e em 6 grupos de redes sociais (sem</p>	24 mulheres muçulmanas de origem turca (n=11) ou marroquina (n=13) que pariram, durante os últimos três anos, em maternidades de Flandres, na Bélgica.	Compreender as experiências perinatais das mulheres de minorias étnicas (descendência turca e marroquina) que pariram em maternidades, na Bélgica.	<p>"Este estudo mostra que o principal enfoque das mulheres ao descreverem as suas experiências de cuidados perinatais incidiu sobre as interações com os seus prestadores de cuidados e sobre a atenção bidimensional dos prestadores de cuidados em relação ao 'Ereignis' "o quê" e ao 'Erlebnis' "Como", em vez da falta de atenção dos prestadores de cuidados às questões culturais durante o processo de cuidados."</p> <p>"é coerente com os estudos existentes, segundo os quais a qualidade dos cuidados interculturais depende, em primeiro lugar, da natureza e da qualidade das relações de cuidados entre os utentes de minorias étnicas e os seus prestadores de cuidados e não da forma como os dois lidam com as diferenças culturais durante o processo de cuidados."</p> <p>"Apesar da gratidão da maioria das mulheres em relação ao resultado dos cuidados seguros, elas não se sentiram satisfeitas com o seu processo de cuidados perinatais quando os prestadores de cuidados não prestaram atenção suficiente às coisas que precisavam de acontecer (Ereignis), ou quando não prestaram atenção suficiente à forma como se sentiram durante o processo de cuidados (Erlebnis)."</p> <p>"As tensões nas relações de cuidados com os prestadores de cuidados (por exemplo, devido a dificuldades de comunicação, atitudes negativas dos prestadores de cuidados ou falta de apoio) foram intensificadas pela falta de espaço para o contexto cultural das mulheres."</p> <p>"No âmbito da abordagem centrada na pessoa, os prestadores de cuidados são encorajados a colaborar com os doentes para co-desenhar e prestar cuidados personalizados, o que inclui a capacidade de resposta do prestador de cuidados às preferências, necessidades e valores (culturais) do doente. De acordo com as narrativas das mulheres, este processo de cuidados relacionais "colaborativos" com os prestadores de cuidados foi, de facto, crucial para as suas experiências de cuidados."</p> <p>"As mulheres apreciaram a elevada competência técnica dos prestadores de cuidados e mostraram-se gratas pelo "bom resultado" devido a estes cuidados seguros e de elevada qualidade."</p> <p>"Nestes casos, notou-se um fosso entre as mulheres que valorizavam uma relação pessoal com os prestadores de cuidados e os prestadores de cuidados que mantinham uma "distância profissional". Embora esta distância profissional esteja de acordo com a tradição da medicina de "manter a neutralidade", nas narrativas das mulheres isto não foi interpretado como um valor "neutro", mas antes como a falta de vontade dos prestadores de cuidados para "cuidar" delas de uma forma pessoal. Ao falarem de</p>	Os resultados revelam que a qualidade dos cuidados interculturais depende predominantemente e da natureza e da qualidade das relações entre as utentes de minorias étnicas e os prestadores de cuidados, mais do que da forma como as questões e tensões culturais são tratadas ou resolvidas. Como tal, a importância de estabelecer uma relação de cuidados significativa deve ser uma prioridade na prestação de cuidados interculturais. Por conseguinte, é necessária uma mudança de perspectiva sobre a cultura, passando de uma "cultura individual isolada" para o conceito de cultura como sendo "inter-relacional" e emergindo dinamicamente do interior destas relações de cuidados.

		resultados nesta estratégia).			<p>prestadores de cuidados que não estavam emocionalmente disponíveis para elas, algumas mulheres chegaram a duvidar que essa distância fosse causada pela sua ascendência turca ou marroquina, pelo seu véu ou por problemas linguísticos (percebidos). Nestes casos, o distanciamento profissional dos prestadores de cuidados foi interpretado contra o pano de fundo deste "fantasma da discriminação".</p> <p>"Os resultados mostram que a prestação de cuidados interculturais está a ser desafiada não só devido a visões culturalmente diferentes sobre a doença e os cuidados ou por prestadores de cuidados que estão a causar danos (por exemplo, através de atitudes discriminatórias). Pelo contrário, a maioria dos danos ocorreu em cuidados não atenciosos ou em cuidados protocolados quando as mulheres estavam a lidar com a falta de cuidados."</p> <p>"os resultados mostraram que o contexto cultural das mulheres é um sistema de significado essencial que faz parte do processo relacional de cuidados, que acrescenta uma outra camada de significado emocional, moral ou simbólico às interações entre as mulheres e os seus prestadores de cuidados, bem como às expectativas e interpretações das mulheres sobre os cuidados."</p> <p>"os resultados acrescentam mais informações sobre a importância de uma mudança de perspetiva sobre a "cultura", que deixa de ser uma "cultura individual isolada" e passa a ser uma noção de cultura inter-relacional que emerge das várias interações de cuidados com os prestadores de cuidados."</p> <p>"a prestação de cuidados culturalmente adequados tem de começar pelo estabelecimento de uma relação de cuidados qualitativa e significativa, juntamente com o reconhecimento do significado emocional e moral adicional que a cultura acrescenta às expectativas de cuidados, às interações e à forma como os recetores de cuidados lidam com as suas experiências."</p>	
<p>2. <i>Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile.</i></p> <p>Baeza, F., Cilveti, C., Fernández, M., Purcell, V., Vásquez, C., Hernández, G.</p>	Qualitativo	<p>Foi utilizada a técnica de bola de neve para a amostragem. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas (com 4 perguntas) a 8 mulheres imigrantes, que foram transcritas na íntegra. Procedeu-se a uma análise de conteúdo, detalhando</p>	<p>A técnica de bola de neve foi a escolhida de modo a garantir um número ótimo de participantes, uma vez que a população imigrante está relutante em fornecer informações devido ao seu estatuto irregular no país.</p>	<p>Conhecer o significado da experiência da gravidez, do parto e do puerpério nas mulheres imigrantes inscritas nos centros de saúde familiar de uma comuna da zona sul da cidade de Santiago do Chile.</p>	<p>Surgiram 4 unidades de significado:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Necessidades percebidas durante o processo de gravidez, parto e puerpério como imigrante - fornecimento de informação (difícil e insuficiente), rendimento (dificuldade em encontrar trabalho, situações irregulares, etc) e melhor saúde (motivo pelo qual imigraram). 2. Barreiras e/ou dificuldades sentidas durante o processo de gravidez, parto e puerpério enquanto imigrante - Dificuldades na regularização da documentação e más experiências durante o parto. 3. Facilitadores percebidos durante o processo de gravidez, parto e puerpério como imigrante - os cuidados gratuitos e a qualidade dos cuidados. O programa de maternidade do país, que inclui o fornecimento gratuito de leite fórmula, materiais educativos, roupas e berços para os recém-nascidos, bem como exames gratuitos de gravidez, parto, 	<p>As mulheres migrantes enfrentam grandes desafios durante a gravidez, o parto e o puerpério no país de acolhimento. Viver a fase da maternidade num país desconhecido produz diferenças importantes nas condições de vida, que determinam o modo como as mulheres a</p>

<p>(2020)</p> <p>BD: CINAHL</p>		<p>aspectos do fenómeno em estudo e procurando categorias de significado que respondessem aos objetivos da investigação.</p>	<p>Foi possível reunir um grupo de 16 mulheres, mas apenas 8 aceitaram participar no estudo: idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos, não trabalhadoras, puérperas com idades compreendidas entre os 3 e os 6 meses, oriundas de países da América Central e do Sul, que se encontravam no Chile há mais de 2 anos e que partilhavam o fenómeno em estudo. Critérios de inclusão: mulheres até aos 6 meses pós-parto, com estatuto de imigrantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, com um nível de espanhol de utilizador, filiadas num dos centros de saúde familiar de uma comuna na parte sul da cidade de Santiago, capital do Chile.</p>		<p>pós-parto e saúde infantil, foram considerados como facilitadores para enfrentar a maternidade num país desconhecido; destacaram a qualidade dos cuidados de saúde prestados, especialmente o bom tratamento recebido da parteira durante os controlos da gravidez e os cuidados no parto e pós-parto, bem como de outros profissionais de saúde durante os controlos do recém-nascido e do bebé; também apreciaram a possibilidade de poderem estar com uma pessoa de referência (marido ou companheiro) durante todo o processo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Perceção da rede de apoio enquanto migrante (o papel da família). 5. “A procura de melhores condições de vida e de cuidados de saúde de qualidade e atempados leva as mulheres a migrarem para um país que garanta uma maternidade saudável e bem-sucedida, condições também encontradas nesta investigação. Um aspeto importante que merece ser destacado é que, embora as condições em que se encontram no país como migrantes não sejam as melhores, ainda assim são melhores do que as do país de origem, pois elas têm mais oportunidades de sobreviver e, portanto, melhorar sua qualidade de vida e a de suas famílias. <p>Algumas mulheres referiram especificamente situações difíceis durante o parto e o período do pós-parto. Neste sentido, os profissionais de saúde devem estar atentos e ter em conta que todas as pessoas têm os mesmos direitos a receber cuidados de saúde e a receber informação, pelo que é da sua responsabilidade serem sensíveis à diversidade cultural das populações que servem e aplicarem os seus conhecimentos científicos adaptados a esta pluralidade cultural, sendo recetivos no que fazem.</p> <p>Finalmente, certas características, como o país de origem, a identidade cultural e étnica, os motivos e as condições de migração, a situação jurídica e laboral à chegada, entre outras, produzem grandes diferenças nas condições de vida e no risco de vulnerabilidade da população imigrante, que determinam a forma como as mulheres vivem esta etapa, o que coloca novos desafios aos profissionais da área das migrações. Este facto coloca novos desafios aos profissionais de saúde.”</p>	<p>vivenciam. Os resultados deste estudo reafirmam a necessidade de apoio a este grupo populacional, o que constitui um desafio para o Estado e para os profissionais de saúde, no sentido de reajustar e adequar as políticas e programas existentes, de forma a garantir uma melhoria substancial das condições de vida deste grupo de mulheres e das suas famílias.</p>
---------------------------------	--	--	---	--	---	--

<p>3. <i>Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women</i></p> <p>Degni, F., Suominen, S., Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen K., Essen, B.</p> <p>(2020)</p> <p>BD: CINAHL</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>De abril de 2019 a junho de 2020, foram realizadas cinco discussões em grupos focais, utilizando uma estratégia de amostragem intencional, a fim de chegar a mulheres múltiparas imigrantes somalis com experiências sobre os cuidados de saúde na maternidade na Finlândia.</p>	<p>No total, foram estudadas 70 mulheres somalis casadas, com idades compreendidas entre os 18 e os 50 anos e mães de 210 crianças. Entre elas, 18 provinham do Quênia, 32 de Mogadíscio e 20 de Hargeysa. Critério de inclusão: mulheres somalis que migraram para a Finlândia desde há um ano e que tivessem registos médicos na Finlândia.</p>	<p>Explorar as experiências das mulheres somalis imigrantes nos serviços de saúde reprodutiva e de cuidados na maternidade e as suas perceções sobre os prestadores de cuidados.</p>	<p>“As participantes estavam satisfeitas com os cuidados de saúde sexual e reprodutiva/maternidade que receberam na Finlândia. Afirmaram que as consultas pré-natais eram benéficas porque o médico ou a parteira podiam verificar os movimentos, o tamanho e os batimentos cardíacos do bebé e garantir que tudo estava a correr bem. Também expressaram que parir na Somália era assustador e sinónimo de morte, devido às más condições dos locais de prestação de cuidados de saúde e também aos enfermeiros e médicos não qualificados, pelo que o bebé ou a mãe, ou ambos, podiam morrer. Uma participante considerou que o acompanhamento e o aconselhamento foram bons e que tinha sido bem informada pelas enfermeiras e parteiras sobre a importância da restrição de sal e de uma dieta adequada durante a gravidez. Os participantes consideraram que a qualidade e a disponibilidade dos cuidados de saúde materna na Finlândia são boas e salvam vidas, materna e infantil. As mulheres somalis expressaram que a falta de competência das mulheres somalis na língua finlandesa dificultava as interações e conduzia a mal-entendidos entre as mulheres e os prestadores de cuidados de saúde. Cinco participantes, que falavam fluentemente finlandês ou inglês, argumentaram que as mulheres somalis sentem dificuldades nos serviços de saúde não só por causa da língua, mas também devido às diferenças culturais entre elas e os médicos e enfermeiros. Várias mulheres (de diferentes idades) que não dominavam a língua finlandesa ficaram satisfeitas com as atitudes e o comportamento social dos médicos e das enfermeiras para com elas. Uma delas referiu que, nas maternidades, as mulheres somalis e finlandesas eram tratadas da mesma forma e que as enfermeiras e parteiras as ouviam e lhes davam apoio para ultrapassarem o seu estado de espírito depressivo causado pelas mudanças das suas vidas na Finlândia. Apesar das suas perceções sobre as atitudes pouco amistosas de alguns prestadores de cuidados, as participantes concordaram que tinham acesso a bons cuidados de saúde materna e expressaram a sua satisfação com o sistema de saúde na Finlândia. As experiências e perceções das mulheres somalis sugerem que é necessário melhorar a compreensão mútua dos recetores (pacientes) e dos prestadores (equipas de cuidados de saúde) nos serviços de saúde.”</p>	<p>Embora as experiências das mulheres imigrantes em relação aos cuidados de saúde prestados sejam positivas, as perceções das mulheres, acerca desses cuidados, devem ser de grande importância para os médicos, os enfermeiros e as parteiras, a fim de se obterem cuidados culturalmente competentes.</p>
--	--------------------	---	---	--	---	--

<p>4. <i>Experience of the New Zealand maternity care system by a group of Japanese women in one centre</i></p> <p>Doering, K., Patterson, J., Griffiths, C. (2015)</p> <p>BD: CINAHL</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>As participantes foram recrutadas através de publicidade entre os membros de um grupo comunitário japonês sediado num centro da Nova Zelândia. Foram utilizados dois métodos de recolha de dados. Em primeiro lugar, foram realizadas nove entrevistas individuais para ouvir as histórias das mulheres e procurar as suas perspetivas através das suas próprias narrativas pessoais. Com base nos resultados da entrevista, a investigadora discutiu ainda as questões levantadas com outras quatro mulheres num grupo de discussão subsequente. Os dados foram analisados utilizando um processo de análise temática delineado por Braun e Clarke (2006).</p>	<p>Treze mulheres japonesas que pariram na Nova Zelândia participaram neste estudo. Nove mulheres foram entrevistadas individualmente e quatro mulheres participaram num grupo de discussão (grupo focal). Critério de inclusão: mulheres que tinham parido nos últimos três anos a contar da data das entrevistas ou da data da sessão do grupo pois o objetivo era registar experiências de parto recentes.</p>	<p>Explorar a forma como algumas mulheres japonesas vivenciaram a gravidez, o parto e os cuidados no parto na Nova Zelândia.</p>	<p>"As mulheres tiveram uma série de experiências, incluindo alguns dilemas e conflitos durante a gravidez, o parto e nos cuidados pós-natais. Estes cuidados diferiram do que esperaríamos se tivessem parido no Japão, onde os cuidados são moldados pelo conhecimento e pela cultura japonesa do nascimento. As mulheres também sentiram barreiras linguísticas e de comunicação, apesar de não terem problemas em falar inglês no seu quotidiano. Os problemas resultantes de dificuldades de comunicação entre as mulheres japonesas e os prestadores de cuidados estavam relacionados com a atitude geralmente passiva das mulheres japonesas, em que o conflito é evitado no desejo de manter a harmonia e não causar ofensa. Os japoneses não são todos iguais, pelo que os cuidados devem ser individualizados, independentemente do país oriundo e das diferenças culturais. No entanto, neste pequeno grupo de 13, as mulheres tiveram experiências comuns relativamente a aspetos dos cuidados como as ecografias e controlos de peso, que lhes causavam alguma angústia e ansiedade. Estes sentimentos foram exacerbados pelos desafios que tiveram com a linguagem e a comunicação. Este estudo oferece uma visão de algumas das expectativas culturais das mulheres japonesas e a sua relutância em desafiar as opiniões e decisões dos seus prestadores de cuidados. Também destaca a dificuldade de conversar numa língua diferente da sua em situações stressantes e emocionais como o parto e o nascimento. O estabelecimento de uma relação de confiança coerente com o modelo de parceria de cuidados tem o potencial de apoiar uma comunicação aberta. Compreender os diferentes valores culturais deve ajudar as parceiras a ajudar as mulheres japonesas a discutir as suas emoções e desejos relativamente à sua experiência de parto. Além disso, a compreensão das parceiras permitirá que as mulheres tomem decisões mais bem informadas e se sintam apoiadas pelo sistema em vez de alienadas por ele."</p>	<p>Os prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, devem reconhecer que as mulheres imigrantes possuem conhecimentos provenientes de uma história cultural e de um sistema de cuidados de maternidade diferentes, quando partilham com estas informações e quando prestam cuidados. O conhecimento destas diferentes abordagens culturais ao parto permite uma melhor comunicação e ajuda as mulheres imigrantes a tomarem decisões bem informadas e a receberem cuidados mais adequados à sua situação.</p>
---	--------------------	--	---	--	--	---

<p>5. <i>"They Can't Understand It": Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John's, Newfoundland</i></p> <p>Reitmanova, S., Gustafson, D. (2007)</p> <p>BD: CINAHL</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Foi utilizada uma abordagem intencional no recrutamento de seis indivíduos para participarem em entrevistas semiestruturadas aprofundadas, que pretendiam recolher informações sobre experiências de maternidade na perspetiva de mulheres muçulmanas imigrantes. Os dados foram analisados através de um processo de análise de conteúdo em duas fases. Foram identificados três meta-temas e comparados com investigação anterior sobre a saúde na maternidade e as necessidades de cuidados das mulheres imigrantes.</p>	<p>Amostra não probabilística de seis mulheres muçulmanas com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos que pariram, pelo menos um dos seus filhos, em St. John's entre 1995 e 2005. Todas falavam inglês, mas com diferentes níveis de fluência linguística. Critério de exclusão: participantes que não falavam inglês.</p>	<p>Documentar e explorar as necessidades de cuidados de saúde na maternidade e as barreiras ao acesso aos serviços de saúde na maternidade, na perspetiva das mulheres muçulmanas imigrantes que vivem em St. John's, no Canadá.</p>	<p>"Esta investigação qualitativa permitiu conhecer as necessidades de cuidados de saúde na maternidade das mulheres muçulmanas imigrantes. As mulheres sofreram discriminação, insensibilidade e falta de conhecimento sobre as suas práticas religiosas e culturais. A informação sobre saúde era limitada ou não tinha a especificidade cultural e religiosa necessária para satisfazer as suas necessidades durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Todas as mulheres expressaram a sua necessidade de mais cuidados e apoio durante a fase de trabalho de parto e parto. Algumas mulheres sentiram que receberam apoio inadequado ou cuidados desatentos. Todas as participantes expressaram uma forte preferência por ter uma assistente feminina a cuidar delas durante o trabalho de parto e o parto. A maioria concordou que ter um médico do sexo masculino só era aceitável se não houvesse outra opção. No entanto, esta opção fazia-as sentir-se "mal" e "desconfortáveis". Poucas participantes receberam informações suficientes sobre os procedimentos do parto e o controlo da dor. Os enfermeiros presumiram que as mulheres tinham recebido essas informações dos seus médicos de família ou durante as aulas pré-natais. A informação e as práticas relativas aos cuidados de saúde na maternidade, concebidas para satisfazer as necessidades das mulheres canadianas, careciam de flexibilidade para satisfazer as necessidades das mulheres muçulmanas imigrantes. As recomendações de mudança dirigidas aos decisores incluem a melhoria do acesso a informação cultural e linguisticamente adequada sobre maternidade e saúde, o desenvolvimento da capacidade de resposta à diversidade dos prestadores de cuidados de saúde e das organizações onde trabalham e o estabelecimento de redes de apoio social e parcerias com as comunidades imigrantes."</p>	<p>A responsabilidade pela mudança situa-se a dois níveis. Em primeiro lugar, os prestadores de cuidados de saúde devem reconhecer e respeitar os valores religiosos e culturais e as necessidades de cuidados de todas as mulheres e das suas famílias como fatores determinantes da saúde. Isto significa trabalhar em parceria com as mulheres muçulmanas imigrantes para desenvolver estratégias que respondam às suas necessidades de maternidade.</p>
<p>6. <i>A service evaluation of a specialist migrant maternity service from the user's perspective</i></p> <p>Filby, A., Robertson, W., Afonso, E.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, multilingues e aprofundadas com 10 utilizadores do serviço. Os dados foram analisados utilizando uma abordagem indutiva geral para a análise temática.</p>	<p>O recrutamento e as entrevistas tiveram lugar no Centro de Alojamento Inicial (um serviço que presta assistência pré-natal a mulheres migrantes no Reino Unido).</p>	<p>Avaliar o serviço especializado de maternidade para migrantes prestado pelo <i>Kings College Hospital</i> de Londres com base na experiência e satisfação dos utilizadores.</p>	<p>"A maioria das mulheres (oito) apreciou ter sempre a mesma parteira nas suas consultas pré-natais e valorizou a relação estabelecida. A experiência clínica foi globalmente positiva e todas acreditaram que os profissionais de saúde agiriam no seu melhor interesse. Todas sentiram que as suas opiniões eram respeitadas e escutadas pelos profissionais de saúde. As suas experiências positivas com os profissionais de saúde de saúde geraram um sentimento geral de gratidão que se refletiu nos seus elogios a cada elemento do serviço.</p>	<p>A resposta às necessidades complexas das migrantes grávidas exige uma abordagem inovadora. As experiências e opiniões das mulheres migrantes devem orientar diretamente o</p>

<p>(2020)</p> <p>BD: CINAHL</p>		<p>As fichas de informação dos participantes foram fornecidas na língua materna das mulheres ou em inglês. Todas as mulheres tiveram todas as mulheres tiveram a oportunidade de fazer esclarecimentos, perguntas e consentimento formal por escrito.</p>	<p>Foi adotada uma amostragem seletiva para recrutar mulheres que tinham utilizado esse serviço nos três meses anteriores. Foram 12 as mulheres abrangidas. No total, foram recrutadas 10 mulheres, das quais nove tinham tido bebês recentemente no serviço e uma estava atualmente grávida. As participantes eram de várias nacionalidades: vietnamita, chinesa, albanesa, nigeriana, afegã e iemenita. As idades variavam entre os 23 e os 37 anos.</p>		<p>Aspetos positivos: acesso a parteira e encaminhamento, fornecimento de bens de bens essenciais e de transporte, respeito e amabilidade dos prestadores de cuidados. Aspetos negativos: má nutrição materna, falta de acesso a equipamento higiénico equipamento higiénico de alimentação infantil, falta de apoio social e falta de sinalização dos serviços. As mulheres manifestaram um elevado grau de satisfação com o com o serviço. Os aspetos negativos que persistem não são, sem dúvida, da competência da responsabilidade imediata da equipa da maternidade, mas afetam negativamente a saúde destas mulheres e, por conseguinte, merecem uma sensibilização para que os cuidados holísticos sejam alcançados. “</p>	<p>desenvolvimento dos serviços, para que estas necessidades sejam satisfeitas de forma eficaz.</p>
<p><i>7. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden</i></p>	<p>Estudo de coorte transversal, do paradigma quantitativo</p>	<p>As mulheres incluídas neste estudo foram recrutadas durante um período de dois meses, num hospital universitário no centro da Suécia, quando se encontravam no exame de rastreio ultrassonográfico</p>	<p>Das 608 mulheres elegíveis, 606 consentiram em participar e preencheram o questionário, o que corresponde a uma taxa de participação e de resposta de 99,67%.</p>	<p>Investigar a prevalência do medo relacionado com o parto no início da gravidez em mulheres nascidas na Suécia e em mulheres nascidas no estrangeiro a viver na Suécia.</p>	<p>“A prevalência do medo relacionado com o parto foi de 22% (pontuação de 60 ou mais na escala FOBS). Entre as mulheres nascidas na Suécia, 18% (n=85) referiram medo relacionado com o parto. Entre as mulheres nascidas no estrangeiro, 37% (n=49) referiram medo relacionado com o parto. O medo relacionado com o parto foi quase três vezes mais comum entre as mulheres nascidas no estrangeiro do que entre as mulheres suecas. As mulheres grávidas nascidas no estrangeiro são um grupo extremamente vulnerável que necessita de apoio culturalmente sensível e direcionado por parte dos prestadores de cuidados. É necessária mais investigação para identificar claramente os componentes do medo das mulheres relacionado com o parto em vários grupos étnicos.”</p>	<p>As mulheres grávidas nascidas no estrangeiro são um grupo extremamente vulnerável que necessita de apoio culturalmente sensível e direcionado por parte das parteiras e dos médicos. É necessária mais</p>

<p>Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C. (2014)</p> <p>BD: MedLine</p>		<p>de rotina na semana gestacional 17-20. As mulheres que consentiram verbalmente em participar preencheram o questionário na língua escolhida na sala de espera e devolveram-no à parteira recrutadora antes de saírem da clínica. Os dados foram recolhidos através de um questionário, que estava disponível em sueco e noutras oito línguas. As perguntas incluíam antecedentes sociodemográficos e obstétricos e a medição do medo relacionado com o parto utilizando a <i>Fear of Birth Scale - FOBS</i> (Haines et al., 2011). Os dados foram analisados utilizando o <i>Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)</i> versão 20.</p>	<p>A maioria das mulheres deste estudo tinha entre 25 e 35 anos (68%), era casada ou vivia com um parceiro (93%) e tinha um nível de escolaridade elevado (54%). A semana gestacional média foi de 19. Mais de metade das mulheres eram multíparas (57%). De todas as mulheres participantes, 22% nasceram fora da Suécia e 7,4% preencheram o questionário numa língua diferente do sueco (inglês, árabe, sorani, persa, somali, tailandês).</p>			<p>investigação para identificar claramente os componentes do medo das mulheres relacionado com o parto nos vários grupos étnicos e para desenvolver um tratamento culturalmente adequado.</p>
<p>8. <i>Experiência de mulheres imigrantes no processo de</i></p>	<p>Qualitativo, descritivo</p>	<p>Foi utilizado o método híbrido de História Oral Temática, em duas</p>	<p>Para recrutamento das participantes, os serviços das</p>	<p>Descrever a experiência do parto de mulheres</p>	<p>"Após transcrição e análise das narrativas, emergiram dois temas relevantes: 1) As surpresas e sentimentos durante o processo de parto, demonstrando preferências e desfechos de parto inesperados,</p>	<p>As expectativas de mulheres imigrantes ao redor do parto e nascimento são</p>

<p><i>parto e nascimento</i></p> <p>Supimpa, L.; Souza, S.; Prandini, N.; Andreatta, D.; Trigueiro, T.; Paviani, B. (2023)</p> <p>Fonte: <i>Google Scholar</i></p>		<p>maternidades públicas de Curitiba – Brasil. Por História Oral Temática compreende-se aquela na qual as entrevistas possuem um tema preestabelecido no projeto. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas no período compreendido de março a dezembro de 2020, sendo a pergunta norteadora “Conte-me como foi a sua experiência do seu parto nesta maternidade”. Na sequência houve a pré-entrevista, o primeiro contato com a participante, na enfermaria de alojamento conjunto durante o internamento de puerpério, antes da alta. Após convite e aceite para participar da pesquisa, foram recolhidos dados de identificação e contato e agendado horário e local para a entrevista.</p>	<p>maternidades foram contactados para localizar mulheres que cumpriam os critérios de inclusão; Critérios de inclusão: mulheres imigrantes, que tiveram os seus partos nas referidas maternidades no ano de 2020; pariram entre a 38 e 42 semanas de gravidez; parto eutócico ou distócico; que estavam com seu recém-nascido em alojamento conjunto; e que conseguissem se comunicar nas línguas: português, espanhol, inglês, francês e crioulo. Critérios de exclusão: participantes menores de 18 anos, sem acompanhante de maior idade legal; que tiveram a experiência de parto devido a óbito fetal; ou partos</p>	<p>imigrantes em maternidades no sul do Brasil.</p>	<p>fatores relacionados à maior incidência de cesariana e manifestação de sensações e sentimentos;</p> <p>2) O cuidado percebido pelas mulheres e as memórias de experiências no país de origem, abordando experiências prévias, dificuldades no parto atual e percepções de cuidado recebido pela equipa multiprofissional.</p> <p><u>As Surpresas e Sentimentos Durante o Processo de Parto</u>: três colaboradoras foram surpreendidas pela antecipação do parto após consulta de rotina, seis pelo desfecho da via de parto, outras pela falta de controle e pelo desconhecido que o parto representou, enquanto para as mulheres multíparas isso aconteceu no processo de nascimento; Foi percebido que, com exceção das duas multíparas com cesariana anterior, as outras participantes preferiram a via de parto vaginal tendo como único motivo claro a possibilidade de ter o recém-nascido perto no pós-parto imediato; O processo de parto e nascimento foi permeado de emoção. O processo interno feminino, sensações fisiológicas e pensamentos evocam sentimentos e lembranças, fortemente presentes no percurso de nascer. A dor foi tema unânime independente se houve parto natural ou induzido, tendo também sido apresentada como dor puerperal e dor pós-cesariana; As sensações de medo, tristeza, solidão e infelicidade foram relatadas; Muitas colaboradoras descreveram a experiência de forma positiva. O sentimento de felicidade foi especialmente relacionado à alta hospitalar e ao nascimento; Uma das colaboradoras, especificamente, relatou medo relacionado a desconfiança com a equipa assistencial formada por alunos; outra colaboradora ao se deparar sozinha e com náuseas durante a cirurgia sentiu-se acolhida e cuidada pela equipa pelo apoio e carinho prestados.</p> <p><u>O Cuidado Percebido Pelas Mulheres e as Memórias de Experiências no País de Origem</u>: As experiências foram influenciadas por memórias e comparações com o parto anterior e com o atendimento obstétrico no país de origem. De forma unânime as multíparas que pariram noutros países preferiram o parto no Brasil, relacionando essa escolha à gratuidade do serviço público e possibilidade de desfrutá-lo sem visto específico ou seguro de saúde; Experiências negativas de parto anterior foram intimamente ligadas às expectativas do parto atual. Foi relatado o atendimento obstétrico precário e depreciativo no país de origem levando-as à insegurança sobre a assistência brasileira; Foi demonstrada satisfação com o tratamento recebido pela equipa multidisciplinar em ambos os locais, estando diretamente relacionada à percepção de ser cuidada, tendo o cuidado sido descrito como presença, atenção, escuta e ação do profissional, na sua maioria diante de momentos de vulnerabilidade e dor. O cuidado de enfermagem, no que tange à avaliação clínica da mulher e bebé, a aspetos práticos como cuidados com coto umbilical, higiene, amamentação e no que</p>	<p>moldadas pelas suas experiências em seu país de origem.</p> <p>O medo entre mulheres imigrantes aparece com mais frequência relacionado a insegurança e falta de apoio assistencial. O sistema de saúde e práticas de cuidado desconhecidos e diferentes, a dificuldade de registo e acesso a informações, as barreiras linguísticas, solidão e medo de maus-tratos, e o cuidado não centrado na mulher são fatores que antecedem o parto, mas que alimentam a sensação de insatisfação. Sentir-se segura é parte fundamental no cuidado à mulher imigrante pela sua situação de vulnerabilidade e fragilidade em relação ao cuidado. A compreensão do parto, do nascimento, da dor, da simbologia envolvida facilita a enfermeira a olhar a mulher imigrante com paciência e</p>
--	--	--	--	---	--	--

		As entrevistas foram gravadas, num total de 66 minutos e 81 segundos de áudio, que transcritas resultaram em 19 páginas de texto e foram coletadas pela autora principal deste artigo, à época mestranda e enfermeira obstétrica tendo, na sua própria experiência, sido grávida e parturiente imigrante noutro país.	prematurados; as participantes cujo idioma escolhido não possuíse tradutor disponível na equipa de pesquisa. Participaram sete mulheres imigrantes provenientes da Venezuela, Haiti e Tunísia. O período de residência no Brasil variou de três meses a mais de quatro anos. Tinham idade entre 30 e 38 anos, seis eram casadas, sobre a escolaridade, quatro tinham ensino médio completo. No que diz respeito à paridade duas eram primíparas e cinco multíparas e a principal via de nascimento foi cirúrgica.		se refere à sentir-se vista pelo olhar de cuidado, foi citado positivamente na experiência de parto no Brasil; Uma colaboradora usou a palavra humanização ao descrever o seu atendimento e relacionou este conceito à simpatia e respeito no cuidado. Nos cenários em que a colaboradora foi protagonista, os relatos foram mais positivos; Sobre barreiras percebidas, houve intervenções negativas, dentre elas o toque vaginal recorrente; Outra barreira foi a dificuldade na comunicação, relatada como a não compreensão de termos médicos ou a habilidade na língua portuguesa brasileira e a sensação de não ser ouvida e compreendida, barreira transposta à medida que a equipa assistencial adaptava sua fala. Apesar de algumas participantes falarem em português, no caderno de campo registrou-se a sua preferência em comunicar-se na língua materna. Durante este estudo percebeu-se que é necessário aprimorar a capacitação de enfermeiras no referente ao cuidado transcultural, desde sua formação acadêmica inicial até sua especialização e educação permanente em saúde. Para aprimorar a assistência ao parto e nascimento de mulheres imigrantes são necessárias mais pesquisas que relatem os indicadores perinatais, a experiência de parto de outros grupos imigrantes e sua cultura de nascimento. A assistência durante o processo de parto e nascimento pode ser experimentada através de um cuidado de enfermagem de qualidade, com boa comunicação, sensível à cultura e acolhedor nas diversas necessidades. A mulher imigrante pode ser protagonista de sua vida, das escolhas no seu corpo, e da cultura que traz consigo aumentando assim a sua segurança e força e isso também estará no consciente coletivo."	complexidade. O estar junto, a comunicação, respeito e dignidade são valores que devem ser defendidos pela enfermeira na assistência à parturiente imigrante. Neste contexto, como estratégia, as maternidades podem dispor de recursos visuais nos principais idiomas estrangeiros sobre as técnicas de relaxamento e métodos não farmacológicos para alívio da dor.
9. <i>Parimos em Portugal: a vivência do serviço de saúde por imigrantes brasileiras</i>	Qualitativo	O método Netnográfico serviu de aporte metodológico para esse estudo. A comunidade de escolha foi um grupo da rede social. Deste	A comunidade de escolha foi um grupo da rede social Facebook – BRASILEIRAS QUE VIVEM EM PORTUGAL. Este foi criado	Descrever a experiência de cuidados de saúde durante o parto, de imigrantes brasileiras residentes em Portugal.	Surgiram 4 temáticas: 1. <u>Tudo o que um sonho precisa para ser realizado é alguém que acredite nele</u> : Esta unidade temática compreendeu vinte e oito (28) das sessenta e cinco (65) mulheres que compuseram o estudo; Os depoimentos indicam que houve uma satisfação com o processo de condução do parto. Mesmo vivendo em outro país, as mulheres desta categoria entenderam receberem respeito e assistência adequada. O poder da decisão, a acolhida e a escuta	O enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. Essa

<p>Oliveira, E.; Lopes, R.; Cavalcante, M.; Félix, T.; Neto, F.; Moreira, R. (2017)</p> <p>Fonte: <i>Google Scholar</i></p>		<p>fórum, foram extraídas as narrativas sobre a vivência do parto das mulheres brasileiras imigrantes em Portugal. O fórum ficou ativo durante o mês de julho de 2016. Nesse ambiente, foram lançadas questões: como foi a sua experiência de parir em Portugal? Quais os desafios encontrados? E os avanços? Em todo momento, foi mediado à discussão e estimulado as participantes do grupo a se expressarem livremente. Os relatos das mulheres imigrantes brasileiras foram organizados com base em Minayo, ou seja, a princípio foi feita uma leitura flutuante do material presente no fórum, após houve a exploração das narrativas com índice de profundidade mais apurado, o texto foi desdobrado e as unidades</p>	<p>em março de 2016 pela primeira autora do artigo, durante o desenvolvimento do seu Pós-Doutoramento na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. As participantes tiveram um período de 30 dias para postarem os relatos de suas experiências sobre parto em Portugal. Um total de 65 relatos constituíram a amostra.</p>		<p>qualificada foram responsáveis pela materialização de um parto tranquilo ou menos traumático. Tais elementos apresentaram-se como fatores significativos, uma vez que possibilitaram o alcance da expectativa da gestante, ao empoderá-la, apoiá-la e auxiliá-la durante o processo em que se iniciava. O momento ímpar da maternidade nesta categoria foi alcançado com a autonomia, desejos e o mais importante: “escolhas” da própria parturiente, reafirmando-a como sujeito ativo de sua vida e de seu filho.</p> <p>2. <u>Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão</u>: observou-se que o termo gratidão permeou as falas e, tal expressão traduziu-se nas seguintes categorias: acolhimento e cuidado integral. vinte nove (29) das sessenta e cinco (65) mulheres imigrantes que se sentiram acolhidas pelo serviço de saúde em Portugal durante o processo de parturição.</p> <p>3. <u>A diferença entre sucesso e fracasso é trabalho com competência</u>: formação por competência e, conseqüentemente, na forma como os profissionais de saúde a executam. Dispor de conhecimento, habilidade e atitude que contribuam para o cuidado integrado humanizado que pode fornecer o reconhecimento e, mais que isso, a qualidade da assistência prestada. Então, tal unidade temática destaca a percepção que as mulheres imigrantes brasileiras possuem sobre os profissionais de saúde que assistiram seu parto. Doze (12) das sessenta e cinco (65) mulheres entrevistadas referiam em suas narrativas palavras que denotavam a empatia, a competência profissional e a experiência desses profissionais na condução do parto. Contraopondo-se a esse medo no ato de parir, este estudo exaltou a satisfação no ato de parir em Portugal, reconhecendo positivamente o trabalho dos profissionais da área da saúde portugueses. Para várias imigrantes que viviam em Portugal, estes cuidados superaram as suas expectativas, ao compará-los com os de seus próprios países, com destaque para a gratuidade. Para as gestantes, de um modo geral, a dimensão afetivo-relacional foi considerada importante nesta fase de suas vidas. Neste contexto, existe o destaque para os/as enfermeiros/ as, com os quais as mulheres mantiveram maior contato. a dimensão afetivo-relacional aparece de forma expressiva, estando relacionada à relação de confiança entre profissionais de saúde, mais das áreas da medicina e enfermagem e as gestantes trazendo o diálogo franco, apoio, interesse, conforto, bom acolhimento e atenção recebidos destes</p>	<p>compreensão objetiva selecionar estratégias mais adequadas para resolver as questões que envolvem a futura mãe, assim como quais os cuidados que se deve ter.</p>
---	--	--	--	--	---	--

		<p>temáticas e suas respectivas categorias foram selecionadas. A interpretação se deu por meio de variante qualitativa, trabalhando com os significados e com a subjetividade envolta desse tipo de abordagem. Com intuito de compreender as experiências da assistência em saúde durante o parto de imigrantes brasileiras que vivem em Portugal se buscou por meio da descrição e extração das falas das informantes agrupar os dados de acordo com a similaridade, em quatro temáticas a partir de suas respectivas categorias.</p>			<p>profissionais em saber que poderiam contar com eles em qualquer situação. Esta dimensão do cuidado foi muito significativa para elas, principalmente por se sentirem fragilizadas e inseguras com esta nova condição. Assim, para as imigrantes, o cuidado foi vital por estarem longe de seu país de origem e de sua rede de apoio.</p> <p>4. <u>Não há nada mais duro que a suavidade da indiferença:</u> Essa unidade temática representa o grupo de mulheres imigrantes brasileiras no ato de parir que não se satisfizeram com os serviços de saúde de Portugal. Ela representa seis (6) das sessenta e cinco mulheres (65) que participaram do estudo. uma assistência que mecaniza o parto, percebe-se de forma clara a inobservância da humanização e da compreensão dos sentimentos das imigrantes brasileiras, sobretudo na hora do parto. Segundo elas, faltou considerar além da distância dos parentes e familiares, da insegurança que o próprio momento traz consigo, o não sentir-se acolhida, estar 'a mercê' de um conjunto de regras impostas por desconhecidos em um lugar "alheio" reforçando o sentimento de "intrusão", por vezes inferidos pelas falas constituintes desta categoria. Neste contexto, assiste-se a uma dificuldade por parte de alguns técnicos de saúde em ter em conta os sistemas de crenças das comunidades imigrantes, que envolvem os comportamentos sexuais e reprodutivos, além de apontarem a ausência de sensibilidade dos profissionais de saúde sobre os hábitos e costumes das minorias étnicas como fator influente na utilização dos serviços."</p>	
--	--	--	--	--	---	--

APÊNDICE V – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: *A perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no parto, em Portugal*

Objetivos da Entrevista:

- Compreender a perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do EEESMO no parto;
- Colher dados sobre os aspetos valorizados pelas mulheres Guineenses em Portugal, na prestação de cuidados do EEESMO no parto;
- Colher dados sobre os aspetos não valorizados pelas mulheres Guineenses em Portugal, na prestação de cuidados do EEESMO no parto.

Elementos de Identificação

Entrevista nº _____

Data: ___/___/___

Hora de Início: _____ Hora de Término: _____

Local da entrevista: _____

Legitimação da entrevista

- Apresentação e identificação pessoal;
- Explicação e apresentação do consentimento informado:
 - Informação acerca da investigação e quais os seus objetivos;
 - Autorização para gravar a entrevista;
 - Assegurar a confidencialidade dos dados fornecidos e o anonimato;
 - Informar sobre a duração estimada para a realização da entrevista.

Área Temática

1. Emigração e Gravidez

Questões	Indicadores
<ul style="list-style-type: none">➤ Gostaria que me contasse o que a levou a emigrar da Guiné? Quais as principais razões? Porquê a opção Portugal?➤ Há quanto tempo reside em Portugal? Quais são os aspetos que gosta mais/menos de morar em Portugal?➤ O processo de imigração está a ser o que esperava?➤ Quando veio para Portugal já estava grávida? Qual foi o motivo que a fez imigrar neste período de gravidez?	<ul style="list-style-type: none">▪ Percurso migratório▪ Adaptação / Aculturação

Área Temática

2. Cuidados de saúde materna e obstétrica no país de origem (Guiné-Bissau) – Direcionado para o momento do Parto

Questões

- **Como é “ser mãe” na Guiné e de que forma se percebe a maternidade? Gostaria que me dissesse se já é mãe e, se sim, quantos filhos tem?**
- **Na sua perspetiva, do que ouvi falar, ou baseada nas suas experiências anteriores, como é a experiência de parto na Guiné?**
- **Gostaria que me dissesse onde costumam ocorrer e quem auxilia no parto?**
- **Como descreveria os cuidados prestados pelas parteiras na Guiné, no momento do parto? Poderia relatar a experiência (se tiver) do parto na Guiné?**
- **Como descreveria os cuidados prestados pelas parteiras na Guiné, no pós-parto? Poderia relatar a experiência (se tiver) do período pós-parto imediato na Guiné?**

Indicadores

- Conceito da maternidade no país de origem
- Rituais, superstições, práticas, interdições, festas, objetos mágicos religiosos;
- Simbolismo da dor, acompanhamento, posições, local, quem faz o parto, indução, hora, rituais, crenças, superstições, práticas e farmacoterapia para facilitar o parto;
- Cuidados no parto: Alimentares, higiene, rituais, medicina popular, crenças, desejos, hábitos de trabalho, vigilância de saúde;
- Cuidados no pós-parto: Alimentação, repouso, higiene, medicina popular, rituais, crenças, interditos neste período, vigilância de saúde.
- Papel da família e do progenitor no momento do parto.

Área Temática**3. Cuidados de saúde materna e obstétrica vivenciados no país de acolhimento (Portugal) – Direcionado para o momento do Parto**

Questões**Indicadores**

- **Gostava que me dissesse qual era a sua expectativa acerca do parto em Portugal? Que condições esperava encontrar?**
 - **Como perceciona os cuidados que lhe foram prestados durante o parto pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica em Portugal? De que forma descreveria o parto e os cuidados associados?**
 - **O parto aconteceu conforme esperava? Que aspetos foram melhores do que esperava? Houve algum aspeto que tivesse sentido falta em relação às práticas na Guiné?**
 - **Como perceciona os cuidados que lhe foram prestados durante o pós-parto imediato pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica em Portugal? Poderia relatar a experiência do período pós-parto imediato aqui em Portugal?**
 - **(Aplicada a quem já teve parto na Guiné): Quais são as maiores diferenças em relação aos cuidados que estava habituada na Guiné e os cuidados que foram prestados pelo enfermeiro em Portugal?**
 - **O que acha da presença do pai durante o parto aqui em Portugal? O que pensa sobre isso?**
- Simbolismo da dor, acompanhamento, posições, local, quem faz o parto, indução, hora, rituais, crenças, superstições, práticas e farmacoterapia para facilitar o parto;
 - Facilidades sentidas;
 - Dificuldades sentidas;
 - Perspetiva acerca dos cuidados prestados pelo EEESMO e possível comparação com o país de origem;
 - Sentimentos que envolveram a experiência;
 - Alimentação, repouso, higiene, medicina popular, rituais, crenças, interditos neste período, vigilância de saúde.

Área Temática

4. Influência da intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna no momento do parto

Questões	Indicadores
<ul style="list-style-type: none">➤ Gostaria que me dissesse qual era a sua expectativa em relação aos cuidados do EEESMO no parto, em Portugal? Já tinha alguma ideia formada?➤ Depois de experienciar os cuidados de um EEESMO no parto, qual é a sua perspetiva? Quais as diferenças em relação às parteiras na Guiné?➤ Fale-me sobre os aspetos valorizados e os aspetos a melhorar, na sua perspetiva, em relação à atuação do EEESMO, em Portugal, no parto?➤ Por fim, gostaria que me descrevesse numa ou mais palavras a ação do EEESMO que a auxiliou no momento do seu parto?	<ul style="list-style-type: none">▪ Enfermagem transcultural▪ Representação social e valorização dos EEESMO▪ Necessidades supridas VS Necessidades sentidas▪ Estratégias de educação para a saúde▪ Políticas e estratégias para a saúde

APÊNDICE VI – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO

Título do estudo: *“A perspetiva das mulheres Guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto, em Portugal”*

Entrevista nº _____

É com muito gosto que a convido a participar neste presente estudo, no qual gostaria que me relatasse a sua experiência de parto, na qual usufruiu da assistência de cuidados de saúde de enfermeiros especialistas portugueses.

O seu testemunho contribuirá para melhorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem, em Portugal, acerca da perspetiva que as mulheres guineenses têm em relação aos seus cuidados e intervenções de enfermagem implementadas no parto, num contexto cultural diferente e, bem como, na identificação de aspetos valorizados, ou não, nos cuidados de saúde prestados, na perspetiva da própria mulher guineense.

A sua participação é voluntária, consistindo em aceitar responder a uma entrevista, com duração máxima de 1 hora, com perguntas abertas sobre os assuntos acima mencionados e sendo-lhe garantida a confidencialidade da sua identidade, nunca sendo revelados os seus dados pessoais em nenhum momento do todo o estudo. De referir que poderá recusar participar no estudo, a qualquer momento do mesmo e que essa eventual negação não resultará em prejuízo algum.

Cláudia Vidal Guedes, enfermeira e aluna do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém.

Obrigada pela sua colaboração.

(Cláudia Guedes)

A Participante

Confirma que foi informada e esclarecida sobre a presente entrevista, assim como dos seus objetivos e da sua finalidade, pelo que concorda e consente de forma livre a nela participar, sabendo que os dados obtidos serão exclusivamente para fins académicos e científicos. Autoriza ainda a recolha de áudio (gravador de áudio) também para fins de investigação.

Assinatura: _____

____ de _____ de 2024

APÊNDICE VII - SIGILO DOS PROFISSIONAIS

DOCUMENTO DE RESPONSABILIZAÇÃO E SIGILO DOS PROFISSIONAIS**Da Investigadora**

Eu, Cláudia Vidal Guedes, como enfermeira investigadora e responsável por este estudo, declaro que assumirei a responsabilidade de todos os dados fornecidos nas entrevistas, de modo a garantir em todo o momento o anonimato das participantes, bem como a confidencialidade dos dados fornecidos pelas mesmas. Assumo a responsabilidade pelas gravações efetuadas, comprometendo-me a não divulgar as mesmas fora do contexto do estudo e apenas com as pessoas responsáveis pela orientação do meu estágio e projeto de investigação. Assumo também a responsabilidade de armazenar as gravações e de as devidamente eliminar após a transcrição e análise dos dados para a realização desta investigação.

____, _____ de 2024

(Cláudia Guedes)

Da professora orientadora

Eu, _____, professora responsável pela orientação de estágio e projeto de investigação da mestranda Cláudia Vidal Guedes, declaro que assumirei responsabilidade no sigilo profissional acerca de toda a informação partilhada no intuito de prestar apoio escolar e científico à mestranda.

____, _____ de 2024

Da enfermeira orientadora

Eu, _____, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica responsável pela orientação de estágio (Ensino Clínico - Bloco de Partos) da mestranda Cláudia Vidal Guedes, declaro que assumirei responsabilidade no sigilo profissional acerca de toda a informação partilhada no intuito de prestar apoio científico e especializado à mestranda.

____, _____ de 2024

APÊNDICE VIII – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Mestranda:
Cláudia Guedes

Projeto de Investigação

“A perspetiva das mulheres Guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto, em Portugal”

Mestranda:
Cláudia Guedes nº 220000152

Professor Orientador:
Açucena Guerra

RESUMO

Nas últimas décadas, Portugal tem vindo a reforçar o seu carácter de país de acolhimento de pessoas de diversas culturas. Desta forma, a população imigrante representa atualmente, um significativo número de utentes em relação à vigilância da gravidez e ao número de partos realizados em Portugal.

A expectativa das mulheres imigrantes sobre o desenrolar da sua gravidez, do momento do parto e da experiência da maternidade em geral, num país estrangeiro, é influenciada pelas vivências individuais e ainda, por aspetos culturais e/ou religiosos do país de origem. As mulheres guineenses imigradas em Portugal, como parte integrante deste grupo de mulheres, não são exceção sendo que, por este motivo, acrescentam uma necessidade e um desafio para um cuidado culturalmente sensível e respeitoso por parte dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Tendo por base a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidar, de Leininger, é notório a ideia de que a cultura e o cuidar são os meios mais alargados de compreender, de uma forma holística, as pessoas. Esta ideia é fulcral para a prática de enfermagem, pois a transculturalidade suporta a aprendizagem recíproca com os sistemas de assistências de outras sociedades, na busca do potencial humano universal e de uma política de respeito pela diferença. O objetivo da enfermagem transcultural é conseguir que os conhecimentos e a prática da enfermagem profissional tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, conseguindo ir mais além de um mero estado de perceção ou de apreciação das diferentes culturas.

Assim, de forma a investigar mais profundamente esta temática, surgiu o tema “A perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto, em Portugal”. Para responder à questão “Qual a perspetiva das mulheres Guineenses em Portugal sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto?” proponho-me à realização de um estudo de metodologia qualitativa, do tipo descritivo e exploratório. Este estudo tem como objetivos a compreensão acerca da perspetiva das mulheres guineenses em Portugal sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto e a investigação sobre os aspetos valorizados ou não valorizados pelas mulheres guineenses em Portugal, na prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no momento do parto. Como instrumento de colheita de dados existirá uma entrevista semiestruturada.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Competência Cultural; Trabalho de parto; Transculturalidade.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	206
II - PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	207
III - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	209
IV - MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	212
4.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	213
V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	216

INTRODUÇÃO

Metade das migrações internacionais é feita por mulheres (Falquet, 2008). É notório que o número de mulheres imigrantes tem crescido nas últimas décadas, muito relacionado à procura de melhores condições socioeconómicas e de saúde. Este aumento da migração feminina tem realçado a preocupação relativamente a questões da saúde sexual e reprodutiva (Ramos, 2012).

Quando uma mulher imigra ela vive um forte desenraizamento e encontra dificuldades no país de acolhimento, como por exemplo a língua, costumes, preconceitos e diferentes formas de se relacionar (Melo & Campinas 2010). Portanto, qualquer tipo de migração implica mudança, o que exige adaptação a uma nova cultura. Assim, a migração traz também desafios específicos aos serviços de saúde, que muitas vezes sofrem reestruturações para atender às necessidades das pessoas imigradas, qualificando também os seus profissionais de forma a poderem responder adequadamente a cada situação (Martes & Faleiros, 2013).

A competência cultural dos enfermeiros tem vindo a tornar-se fundamental devido ao crescimento das populações migrantes, que trazem consigo uma carga cultural que é percecionada como algo que pode interferir com a conduta na saúde/doença e em todos os comportamentos ligados ao bem-estar (Coutinho, 2011).

A experiência da gravidez, do parto e da maternidade em geral, é diferente de mulher para mulher, é algo complexo, sendo influenciado por múltiplos fatores, tais como: a faixa etária em que a mulher se encontra, o seu estado emocional, o nível profissional e financeiro e, de forma muito impactante, a cultura/valores/família/comunidade em que esta se encontra inserida (Bio, 2006). Pelo que se pode afirmar que a perceção e a expectativa que cada mulher tem sobre a sua gravidez, trabalho de parto e parto é única e exclusiva. Torna-se assim, importante tentar compreender como é esta experiência em mulheres que estão fora do seu país a experienciar a maternidade.

Para tal, desenvolveu-se este projeto de investigação, inserido na Unidade Curricular (UC) “Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”, integrado no 9º Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO). Neste contexto, torna-se essencial alcançar e cumprir determinados objetivos pessoais de aprendizagem que se encontram relacionados com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Nº 140/2019) e, em especial, com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Nº 391/2019) para que, no fim deste percurso, seja capaz de prestar cuidados especializados de saúde materna e obstétrica de forma autónoma e responsável.

II - PROBLEMÁTICA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A migração das populações deve-se à combinação de vários fatores como contextos de pobreza, a fatores demográficos e a oportunidades de conforto e qualidade de vida que a migração pode proporcionar às populações nos países de acolhimento (IOM, 2003).

É notório que, na prática quotidiana, os enfermeiros portugueses, nomeadamente os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, são cada vez mais confrontados com a grande diversidade cultural existente nas sociedades. Pois, como consequência da elevada taxa de imigração, assiste-se também a um aumento significativo de mulheres a viver o processo da maternidade em contexto multicultural e migratório (Ramos, 2012).

Nos países de acolhimento, as mulheres imigrantes são, muitas vezes, confrontadas com dificuldades na gravidez e no parto. Através de investigação já realizada verifica-se que, tendencialmente a população migrante feminina apresenta mais complicações sexuais e reprodutivas, os resultados da gravidez tendem a ser empobrecidos, maior mortalidade materna, neonatal e infantil, seguimento ginecológico irrisório e educação pré-natal precária (Carballo, 2009).

A falta de conhecimento sobre os aspetos culturais relacionados com a saúde reprodutiva da população migrante ou a existência de preconceitos em relação às suas práticas e crenças, têm um grande impacto na forma como esta população vivência a gravidez, parto e maternidade (Bulman e McCourt, 2002; Dias, Matos e Gonçalves, 2002; Janssens, Bosmans e Temmerman, 2005; House of Commons Health Committee, 2003; WHO, 2003). Alguns autores referem que as perceções em relação aos serviços de saúde e à qualidade dos cuidados prestados podem, direta ou indiretamente, condicionar a sua utilização (Dixon et al., 2003; Fenton, 2001).

As mulheres migrantes demonstram um sentimento de “não serem compreendidas” nos seus costumes, por parte dos profissionais de saúde, sendo esse um dos principais motivos para que os cuidados de saúde prestados no país de acolhimento não alcancem as expectativas das mulheres migrantes (Ramos, 2006; Ramos, 2012; Ramos, 2008; Dias e Rocha, 2009; Santiago, 2009).

Num estudo qualitativo realizado pelo Observatório da Imigração, do Governo português, em 2009, concluiu-se que, na opinião das participantes, alguns profissionais de saúde demonstram-se pouco sensíveis às especificidades inerentes à condição de imigrante, apresentando dificuldade em relação aos sistemas de crenças que envolvem o comportamento reprodutivo, situação que demonstra a necessidade emergente de capacitar os profissionais de saúde para dar respostas adequada (Dias e Rocha, 2009).

Também Coutinho et al. (2014), procurou conhecer os cuidados de saúde recebidos e as barreiras encaradas pelas gestantes imigrantes e as portuguesas, em Portugal, concluindo que, de um modo geral, tanto para as portuguesas como para as imigrantes, a dimensão afetivo-relacional foi considerada muito importante e que esta dimensão dos cuidados de saúde colaborou para que estas se sentissem acolhidas, apoiadas, disponibilidade para o diálogo sincero e, fundamentalmente, para o estabelecimento de uma relação de confiança com o profissional de saúde, com destaque para os enfermeiros. As experiências das pessoas com os cuidados são determinadas principalmente pela maneira como são tratadas quando vivem um problema e procuram ajuda dos serviços de saúde (Queiroz et al., 2007), pelo que, proporcionar um bom acolhimento é um determinante para a perceção de uma maior qualidade dos cuidados.

Devemos ter sempre em conta o contexto do país de origem de cada pessoa quando procuramos compreender os comportamentos de saúde, as especificidades culturais e as crenças que as acompanham no momento da procura de serviços e as trajetórias de doença, concebendo a saúde no contexto onde ela se desenvolve, articulando constructos de pobreza, nível socioeconómico e educação na determinação do estado de saúde, favorecendo a compreensão de alguns fenómenos epidemiológicos que se revelam de extrema utilidade nas linhas de investigação em saúde pública (OMS, 2010).

Para Leininger (1994, 1998, 2001) e Campinha-Bacote (2003; 2011) a forma como se percebe a saúde e a realidade do mundo, entre os enfermeiros e as pessoas imigrantes, é fator determinante para as relações interétnicas que se estabelecem e afeta diretamente a prática clínica desenvolvida. Segundo Donabedian (1989) citado por Ramos (2008), a qualidade dos cuidados de saúde resulta da avaliação realizada pelos utentes que se baseia na técnica, nos conhecimentos e na tecnologia que se associa aos cuidados; também na competência dos profissionais de saúde e nas relações interpessoais que se estabelecem e, por fim, pela comodidade proporcionada relativamente aos recursos materiais e hoteleiros.

Apesar da existência de estudos sobre as comunidades migrantes, os mesmos não são referentes à comunidade guineense, pelo que se torna relevante o desenvolvimento deste projeto, contribuindo assim, para a qualidade dos cuidados prestados a estas comunidades.

III - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De forma a contextualizar a temática escolhida será realizado um enquadramento conceptual, identificando os conceitos chave e os principais autores, construindo um referencial teórico sobre a importância e a valorização dos cuidados transculturais de enfermagem de saúde materna e obstétrica e o impacto que estes têm na vida das pessoas. Para a investigação, foi elaborado um mapa conceptual com base na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, de onde emergiram conceitos como Cuidado de Enfermagem Transcultural: Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Competência Cultural; Trabalho de parto; Parto; Imigração; Transculturalidade.

O conhecimento sobre a diversidade cultural é essencial na adequação das práticas de cuidados às necessidades da sociedade contemporânea. Surgem novos desafios e, por isso, deve existir a consciência de que, quando se fala de **transculturalidade**, não só se refere à diversidade cultural, mas como à diferença e, por isso, ao convívio com essa diferença (Mateus, et al., 2020). A Teoria do Cuidado Transcultural de Leininger revela que existe diversidade e diferença na forma como cuidamos de um ser humano, com determinadas características e pertencente a uma determinada cultura. Este cuidado deve ajustar-se às várias crenças, valores e estilos de vida existentes, de forma a oferecer um melhor cuidado aos indivíduos, grupos e famílias (Leininger, 1991).

O conceito de **cuidar** tem um significado distinto de pessoa para pessoa e assim, o exercício profissional de enfermagem requer sensibilidade para lidar com esta diferença. Desenvolver conhecimento e capacidades para compreender a pessoa na complexa interação das suas múltiplas dimensões, promove a aquisição de competências para o cuidar do outro de forma holística. Entende-se assim, **enfermagem transcultural** como uma área formal de estudo e prática de cuidados de enfermagem focada no cuidado cultural comparativo e holístico, tendo em respeito e consideração as diferenças nos valores culturais (Leininger, 1991).

São inúmeros os estudos que realçam os diversos aspetos culturais que podem afetar a saúde da mulher, dependendo de cultura para cultura, particularmente: as representações sobre a maternidade, o conceito de família, a expressão de sentimentos e a vivência da dor na gravidez e parto (Bezerra e Cardoso, 2006). Assim, a **cultura** concebe um enquadramento de crenças e valores que norteia os pensamentos, as decisões e as atitudes da mulher, que se reflete na procura dos cuidados de saúde, particularmente durante o período da gravidez e no momento do parto (Lopes, 2009).

O **cuidado cultural** busca a compreensão da diversidade e universalidade do cuidado humano em relação às diferentes visões do mundo, estruturas sociais e outras dimensões para assim encontrar

o modo de providenciar cuidados culturalmente congruentes para diferentes pessoas, famílias ou grupos culturais (Leininger, 1976). Leininger centraliza o estudo na **pessoa**, relacionando-a ao **cuidado cultural** e à influência que este apresenta na saúde e bem-estar nas pessoas pertencentes a diferentes culturas no mundo. Para a autora é essencial a interpretação dos significados dos diferentes grupos culturais (Leininger, 1991).

O conceito de **saúde**, baseado na teoria de Leininger, refere-se a um estado de bem-estar, culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a capacidade dos indivíduos para o desempenho das suas atividades diárias decorrentes de estilos de vida culturalmente expressos e padronizados (Leininger, 1991). Saúde é ainda considerada como um estado de bem-estar reparador, estado este que é culturalmente constituído, definido, valorizado e praticado por indivíduos ou grupo de indivíduos e que lhes permite funcionar na sua vida quotidiana (Leininger, 2002, p. 84).

Para a autora, o conceito de **ambiente** refere-se a uma situação ou experiência particular que dá sentido às expressões, interpretações e interações sociais das pessoas no âmbito de determinados fatores geofísicos, ecológicos, espirituais, sociopolíticos e tecnológicos em contextos culturais específicos. O conhecimento acerca do **ambiente** torna-se essencial para encontrar informações acerca de tradições e rituais em eventos de vida como o nascimento ou a morte, dependendo do contexto de cada indivíduo (Leininger, 1991).

É inegável que momento do parto é um momento marcante na vida de uma mulher em todas as culturas e está influenciado pelos aspetos biológicos, psicológicos e sociais. Para muitas culturas, o **parto** é considerado um período de transição e celebração, estando o nascimento submetido à influência da cultura, revelando-se por exemplo, na escolha do local, nas pessoas que estão presentes ou intervêm no parto, no recurso a terapêutica e equipamento, ou à escolha de métodos naturais, na importância dada à dor e na participação ativa da mulher (Bezerra e Cardoso, 2006). Para outras o parto é visto como um momento que marca a transição na vida da mulher, mas é vivenciado como algo doloroso e desagradável, e que pode trazer consigo muito sofrimento por risco de perda de vida, tanto da mulher como do bebé (Lopes, 2009).

Desta forma, a **competência cultural** na enfermagem é a capacidade de compreender as diferenças culturais, tendo como objetivo a prestação de cuidados de saúde de qualidade a pessoas diferentes. Os enfermeiros com competência cultural tornam a sua capacidade de comunicação mais eficaz e adquirem maior conhecimento sobre as práticas de saúde de diferentes culturas (Vilelas & Janeiro, 2012 citado por Mateus et al, 2020). Uma comunicação culturalmente capaz implica ter a consciência e o conhecimento sobre as diversas formas de encarar a saúde e a doença e o

entendimento de que os fatores socioculturais têm efeitos relevantes sobre os comportamentos relacionados com a saúde (Mateus et al, 2020). Segundo Ramos (2004) citado por Mateus (2020), podem ser várias as consequências quando não temos em conta estes fatores, tais como: o aumento do sofrimento; da ansiedade; da insegurança e dificuldade na adaptação das pessoas. Estes sentimentos podem provocar insatisfação em relação à qualidade dos cuidados de saúde prestados e, também, em relação ao comportamento do profissional de saúde. Segundo Mateus (2020), quando os enfermeiros realizam cuidados que estão em conformidade com as crenças culturais, os valores e as práticas dos seus utentes, estes tornam-se mais propensos a aderir aos cuidados.

Nas últimas décadas, Portugal tem vindo a reforçar o seu carácter de país de acolhimento para muitas outras culturas, como podemos confirmar nos concelhos periféricos da região de Lisboa, nomeadamente na zona do Ribatejo. Os enfermeiros portugueses são cada vez mais confrontados com uma grande diversidade cultural em situações de adaptação, como é o caso da gravidez, trabalho de parto e parto, exigindo desta forma, colocar em prática as competências culturais que têm vindo a ser desenvolvidas já desde o ensino referente à licenciatura de enfermagem. Torna-se necessário compreender se estas competências têm contribuído para melhores cuidados prestados na área da saúde materna e obstétrica, o que é que as pessoas que usufruem destes cuidados valorizam nos mesmos e aquilo que poderia ainda ser melhorado para o futuro.

Por tudo isto, o presente estudo tem como finalidade contribuir para o conhecimento da ciência de enfermagem nos cuidados transculturais à mulher guineense, nomeadamente, nos cuidados intraparto. É objetivo geral desta investigação, compreender a perspetiva das mulheres guineenses em Portugal sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto e como objetivo secundário, conhecer os aspetos valorizados ou não valorizados pelas mulheres guineenses em Portugal, na prestação de cuidados no momento do parto, partindo da questão de investigação “Qual a perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no parto, em Portugal?”.

IV - MÉTODO E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De forma a responder à questão de investigação acima mencionada, propõem-se a realização de um estudo de paradigma qualitativo com pesquisa descritiva e exploratória, através da análise de conteúdo de Bardin (1977).

O paradigma qualitativo provê formas de, transculturalmente, conhecer e descobrir as dimensões epistemológicas do cuidado humano uma vez que, o objetivo principal da investigação qualitativa é documentar e interpretar, da forma mais completa possível, a totalidade daquilo que se está a estudar, a partir dos pontos de vista das pessoas ou dos seus quadros de referência (Leininger, 1985). A utilização desta metodologia implica sobretudo uma interação prolongada com o meio e uma grande proximidade entre a investigadora e as participantes do estudo. A investigação qualitativa é importante para a investigação de temas relacionados à vida das pessoas, bem como aos significados que estas atribuem ao mundo, pois o conhecimento que se pretende alcançar é referente ao modo como decorrem as experiências do dia-a-dia e os significados individuais atribuídos às mesmas, não existindo um controlo rigoroso, nem manipulação de variáveis (Nunes, 2020).

As participantes deste estudo serão selecionadas através de um tipo de amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, serão consideradas todas as que cumprirem os critérios de inclusão e que tenham tido o parto realizado nesta instituição. Assim sendo, o trabalho de campo será realizado em contexto de estágio: Ensino Clínico - Bloco de Partos. Os critérios de inclusão para a participação da presente proposta de investigação serão:

- Parturientes naturais da Guiné-Bissau;
- Idade superior a 18 anos;
- Com residência em Portugal há, pelo menos, 3 meses;
- Falar a língua portuguesa;
- Gravidez de baixo risco;
- Gravidez de termo;
- Parto realizado por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica;
- Concordar em participar do estudo.

Em relação à colheita de dados, perspectiva-se realizar uma entrevista semiestruturada, devido à facilidade de acesso a uma grande quantidade de informação e à necessidade de esclarecimento e exploração dessa informação (apêndice IV). Foram desenhadas questões-tipo acerca da temática em estudo, questões essas, flexíveis, podendo ser estruturadas por tópicos e adequadas à participante. Apesar da existência de um guião, este será apenas norteador pois, no decorrer da entrevista, poderá

não existir uma ordem específica das questões por se pretender a exploração aberta das temáticas dentro do grande tema. De modo a que as participantes se reportem aos mesmos aspetos, foi realizada uma divisão temática, no sentido de nortear a entrevista. Cabe à investigadora, enquanto entrevistadora, guiar a entrevista, tendo sempre em conta seus objetivos e finalidade (Bogdan e Bicklen, 1994; Fortin, 1999; Guerra, 2006). Também para efeito de organização definiu-se que as entrevistas terão um tempo máximo de 1 hora, não tendo tempo mínimo e serão realizadas no recobro após o parto ou no internamento pós-parto, em dia e hora a definir, de acordo com as possibilidades da investigadora e da parturiente.

Citando Bogdan e Bicklen (1994, p.134) “...a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito...” os quais a investigadora se propõem a analisar, de uma forma sistemática. Também Fortin (1999) menciona que a entrevista, como instrumento de colheita de dados, proporciona uma comunicação e relação mais próxima entre a investigadora e as participantes, sendo que a informação coletada irá depender sempre do que a participante permitir fornecer. Assim, importa reforçar que tanto a investigadora como a participante são sujeitos racionais e com capacidades cognitivas que permitem identificar os seus papéis de forma aberta e transparente, face ao objetivo da interação estabelecida no momento da entrevista (Guerra, 2006).

Para esta proposta de investigação, pretende-se analisar os dados extraídos das entrevistas que serão realizadas, através da técnica de Análise de Conteúdo, tal como proposto por Bardin, (1977).

A Análise de Conteúdo é uma técnica de análise utilizada para produzir inferências, a partir de materiais textuais, trazendo-os para o seu contexto social, de uma forma objetivada (Bauer, 2015, p. 191). Para Bardin (2002), a Análise de Conteúdo encontra-se organizada por fases, sendo estas: a pré-análise (organização), a exploração do material (codificação, categorização) e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Será então, realizada uma análise qualitativa da entrevista proposta, através do estabelecimento de categorias e realização de inferências.

4.1. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

De acordo com Fortin (2003), ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta da pessoa humana. A investigação envolvendo seres humanos pode, por vezes, levantar questões morais e éticas. Devemos por isso salvaguardar os direitos fundamentais das pessoas aplicando os cinco princípios éticos que são enumerados por Fortin (2009): direito à autodeterminação; direito à

intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo; direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

Em relação aos princípios éticos, de referir que este estudo salvaguarda os mesmos. Em relação ao princípio da Beneficência/Não-maleficência, uma vez que se trata de uma investigação em que o objetivo é a partilha de experiências e emoções/percepções, as participantes serão convidadas a estar confortáveis e incentivadas a partilhar apenas o que gostariam de partilhar, de forma a salvaguardar o seu bem-estar acima de tudo.

As participantes serão informadas, no início da entrevista, sobre o estudo em si, os seus objetivos e a finalidade do mesmo. Para tal, foi elaborado um documento escrito (apêndice II) de forma a obter o consentimento livre e esclarecido das mesmas. Este procedimento certifica que as partilhas das participantes não serão, em momento algum, utilizadas contra as próprias, garantindo também a proteção dos dados pessoais das mesmas. Para preservar e garantir a privacidade e o anonimato das participantes envolvidas, em relação à identidade pessoal, serão atribuídos números às entrevistas, nunca sendo os seus nomes revelados. Cada participante será também informada sobre a possibilidade de recusar participar no estudo, a qualquer momento do mesmo e que essa eventual negação não resultará em prejuízo para a própria. Constará também nesse documento, a autorização para a gravação da entrevista, por forma a serem transcritas de acordo com a realidade e que, após a transcrição, as mesmas serão eliminadas.

A gravação das entrevistas será realizada através de um gravador de áudio e será guardada em ficheiro áudio num dispositivo tipo *pen drive* durante o processo da realização das entrevistas e durante a análise dos dados. Estas gravações poderão apenas ser ouvidas pela investigadora, pela enfermeira orientadora e pela professora cooperante, quando existir necessidade académica para tal. Todos estes elementos deverão assinar um documento de sigilo e proteção de dados pessoais das participantes. Nesse documento a investigadora irá declarar a responsabilidade sobre a proteção dos dados pessoais e dos áudios bem como, sobre a finalidade com que estes são usados, com quem são partilhados e como serão eliminados no fim da sua análise (Apêndice III).

No final do estudo, as descobertas e conclusões, serão apresentadas publicamente através de um relatório final de estágio. Este relatório irá conter a investigação realizada, com a respetiva fundamentação teórica para dar suporte à mesma bem como, uma Scoping Review elaborada concomitantemente à investigação relacionada com o tema. Ainda de referir a ambição de poder

partilhar este trabalho em possíveis congressos e publicações de revistas científicas, estando ao dispor para possíveis apresentações propostas pelo hospital.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2002.

BAUER, Martin; GASKELL, George. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som. Tradução de Pedrinho Guareschi. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

Bezerra, M. e Cardoso, M. (2006). Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-am*, 14(3):414-21.

Bio, E. et al (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 28, p. 671-679.

Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

BULMAN, K. e MCCOURT, C. (2002), «Somali refugee women’s experience of maternity care in west London: a case study», in *Critical Public Health*, 12 (4): 365-380.

Campinha-Bacote, J. (2003). Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *Transcultural C.A.R.E. Associates*, 42 (6), 239-240.

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *The online Journal of Issues in Nursing*, 16 (2), 1-8.

CARBALLO, M. 2009. Communicable Diseases, In A. Fernandes and J. Miguel (Editors), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, (p. 53-70). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Lisboa.

Coutinho, E., Parreira, M.V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. Disponível em: www.internationalmidwives.org.

Coutinho, E., Parreira, M.V. (2011). Outra forma de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. Disponível em: www.internationalmidwives.org.

Coutinho, E., Silva, A., Pereira, C., Almeida, A., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M.(2014). Cuidados de saúde a gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp2):09-16 www.ee.usp.br/reeusp/

DIAS, S., MATOS, M. e GONÇALVES, A. (2002), «Conhecimentos, atitudes e comportamentos face ao VIH numa comunidade migrante – implicações para a intervenção», in *Psicologia, Saúde e Doença*, 3 (1): 89-102.

Dias, S. M. F., Rocha, C. F., & Horta (Col.), R. (2009). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. (estudo 32). (O. d. Migrações, Ed.) Portugal: ACIDI. Obtido de http://www.oi.acidi.gov.pt/docs/Estudos/OI_32.pdf.

DIXON, A., LE GRANDE, J., HENDERSON, J., MURRAY, R. e POTELIAKHOFF, E. (2003), *Is the NHS Equitable?* Discussion Paper, 11, London: LSE.

Falquet, J. *Repensar as relações sociais de sexo, classe e “raça” na globalização neoliberal*. Paris: PUF, 2008.

FENTON, K. (2001), «Strategies for improving sexual health in ethnic minorities», in *Current Opinion in Infectious Diseases*, 14 (1): 63-69.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação. Da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE (2003), *Inequalities in Access to Maternity Services: Eighth Report of Session 2002 – 03* Parliament Health Select Community, London: House of Commons.

IOM – International Organization for Migration (2003), *World Migration 2003: Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*, Switzerland: IOM.

JANSSENS, K., BOSMANS, M. e TEMMERMAN, M. (2005), *Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe*, Ghent: ICRH.

Leininger, M.M. (1976). Doctoral programs for nurses: trends, questions, and projected plans. Part I: trends, questions, and issues on doctoral programs. *Nurs Res* 25(3):201-10.

Leininger, M.M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. In M.M. Leininger (Ed.), *Culture care diversity and universality: Theory of nursing*. New York, NY: National League for Nursing.

Leininger, M.M. (1994). *Nursing and Antropology: Two worlds to blend*. Ohio, USA: Greyden Press.

Leininger, M.M. (1998). *Transcultural Nursing: concepts, theories and practices* (2ª ed.). New York, USA: McGraw Hill.

Leininger, M.M. (2001). A mini journey into transcultural nursing with its founder. *Nebraska Nurse*, 32(4), 16-17.

Leininger M. Founder's focus: cultural diffusion trends, uses, and abuses in transcultural nursing. *J Transcult Nurs* 2002; 13(1):70

Lopes, M. (2009) – *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral - alguns dados e implicações*. Lisboa: Universidade Aberta. Tese de mestrado.

Martes, A. & Faleiros, S. M. (2013). Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 22, 351–364. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-1290201300020000>

Mateus, C., et al (2020). TRANSCULTURALIDADE, UMA REALIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE. *Revista Saúde&Sociedade*.

Melo, R. A. & Campinas, L. (2010). Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na estratégia saúde da família. *O Mundo Da Saúde* 35 (1): 25–35. DOI: 10.15343/0104-7809.201012535

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. (Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal), disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2020). ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem. (Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal), disponível em: ebook_aspetos_eticos_investigacao_Enf_jun_2020.pdf ([rcaap.pt](https://comum.rcaap.pt))

OMS. 2010. Redução das desigualdades no período de uma geração - Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde.

Queiroz M, Jorge M, Marques J, Cavalcante A, Moreira K. Indicators of quality of care at birth based on satisfaction of recent mothers. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3): 479-87.

RAMOS, Maria da Conceição (2008) *Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais In - Saúde, Migração e Interculturalidade*. João Pessoa, Editora Universitária da UFPB

Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. *Perspectivas de investigação e de intervenção*. (U. Aberta, Ed.) *Psychologica*, Nº 41, pp. 329-350.

Ramos, N. (2012). MIGRAÇÃO, MATERNIDADE E SAÚDE. Repertório, Salvador, nº 18, p.84-93

Santiago, C. (2009). Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: contributos para a promoção da saúde da mulher migrante. Universidade Aberta. Lisboa: RCAAP. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.2/1347>.

Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2023.

World Health Organization and United Nations Children’s Fund. WHO/UNICEF joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth. Disponível em: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

WHO – World Health Organization (2003a), International Migration, Health and Human Rights, Health and Human Rights Publication Series.

APÊNDICE IX – ANÁLISE DE CONTEÚDO

	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO
Tema: Perspetiva das mulheres guineenses sobre os cuidados do EEESMO no parto, em Portugal	Qualidade dos serviços de saúde Materno-Infantil	Recursos Físicos e Materiais	<p>P1 <i>“Portugal tem melhores condições de saúde, por isso vim parir aqui”; “A minha expectativa para parir cá era: boa atenção, mais cuidados, que lá na Guiné não tem”; “Aqui (Portugal) não tem nada como lá (Guiné), melhores condições do hospital onde tu vais ter o teu filho, lá não tem isso”; “Falta material, falta aparelhos lá (Guiné)”;</i> <i>“Lá (Guiné) ficamos todas juntas, mulheres que já pariram outras que ainda não, muitas no chão”;</i> <i>“(Guiné) muita gente vai para lá, numa caminha cabe duas mães com dois filhos, as mães ficam sentadas e os filhos deitam, não há berços lá”;</i> <i>“As pessoas fogem de lá (Guiné) por isso, muitos (bebés) morrem, ou ficam mal”.</i></p> <p>P2 <i>“Eu fiz um estágio na maternidade de 1 mês, as coisas nos últimos anos mudaram muito, antes era pior, as condições hospitalar, quando chegas na porta já sentes aquele cheiro, não é limpo, quando vês a barata a passear ali, mas nos últimos tempos já não sentes aquele cheiro e fizeram a pintura, a higiene era outra, mas quando vem muitas grávidas e assim não há camas, as senhoras ficam no chão e as crianças na cama”;</i> <i>“Na sala de pós parto (hospital da guiné) ficam as mulheres todas juntas, com a respiração ali, é muito perigoso, muitos ratos ainda”;</i> <i>“As condições de aqui (hospital Portugal) é muito diferente da nossa realidade”;</i> <i>“Aqui (Portugal) tem muita limpeza, ainda com um quarto particular”.</i></p> <p>P3 <i>“Tudo é diferente, aqui para entrar até chegar no momento do parto é muito diferente, aqui foi os bombeiros que deram a minha entrada, lá tu vais pelo teu pé e entras e o médico observa e vais para uma sala de pré-parto, quando o médico vê que falta pouco vais para sala de partos e depois do parto casa”;</i> <i>“Lá não tem campainha como aqui, lá se tu tens dor tu gritas”.</i></p> <p>P4 <i>“Muitas diferenças. Higiene? Nada a ver e as condições também. Por isso que muitos lá, que tem possibilidade, vem cá só para ter o bebé”.</i></p>
		Recursos Humanos	<p>P1 <i>“Lá (Guiné) acho que também faltam mais pessoas para trabalhar, elas (parteiras) são poucas para tantas pessoas que precisam, têm mais trabalho”;</i> <i>“No meu segundo filho, no hospital lá (Guiné), o médico mandou eu ir para lá, quando cheguei lá na sala de partos, estavam muitas mulheres todas juntas, quando o médico chegou já tinha parido lá sem ninguém (riu-se)”.</i></p> <p>P2 <i>“Minhas filhas nasceram lá (Guiné) na X (Instituição privada), gostei muito, não é instituição pública, eles dão todo o apoio a grávida até ao parto e depois pediatria”;</i> <i>“Eles cuidaram muito bem lá, dão banho na criança”;</i> <i>“Mas tu tens de pagar”.</i></p> <p>P3 <i>“Elas (parteiras Guiné) são poucas para tanta mulher, aqui é mais organizado eu acho”.</i></p>
		Experiência positiva no país de acolhimento	<p>P1 <i>“A minha expectativa para parir cá (Portugal) era: boa atenção, mais cuidados, que lá na Guiné não tem”;</i> <i>“Parir aqui em Portugal foi bom, foi como me tinham falado”;</i> <i>“Aquilo que eu esperava é aquilo que está a acontecer”;</i> <i>“Aqui o parto é mais seguro (Portugal)”.</i></p>

			<p>P2 “Eu já sabia mais ou menos como seria assim, mas gostei muito, a gente sempre tem medo né? (ri-se) do parto e essas coisas, das pessoas, mas tudo foi bem”</p> <p>P3 “A minha experiência aqui (Portugal) é muito boa, muiiito boa, foi muito melhor do que se fala por aí”; “Aqui (Portugal) tudo é melhor, higiene, comportamento, profissionalismo, carinho”. “Aqui foi tudo como eu imaginava, até melhor”.</p> <p>P4 “Foi como estava à espera, pois já tinha a boa experiência do segundo filho (num hospital português de Lisboa há 2 anos atrás)”.</p> <p>P5 “Eu esperava que fosse bom (o parto), melhor, muito melhor que lá (Guiné) e foi, foi como esperava”.</p>
	<p>Qualificação do EEESMO</p>	<p>Atitudes e comportamentos do EEESMO</p>	<p>P1 “Aqui (Portugal) há mais cuidado e atenção por parte das enfermeiras”; “Lá na Guiné não é assim não, elas (parteiras) são mais duras, maltratam mesmo, são desligadas (...) não querem saber se estás lá com dor ou quase a parir”; “Elas (EEESMO) são carinhosas e tem muita paciência para nós, lá (Guiné) não, elas gritam e não tem paciência para ti”.</p> <p>P2 “Segundo as pessoas que eu ouvi, quando a grávida dá à luz elas (parteiras da Guiné) vão a pedir dinheiro, não tem paciência com as grávidas, ficam sempre a gritar”; “Elas (parteiras da Guiné) não dão aquela motivação para as grávidas, começam a dizer palavras”.</p> <p>P3 “A minha mãe me disse: “Lá (Portugal) é melhor, cuida melhor de paciente, te explicam” como tu me ensinou como dar banho no bebé, mas isso aqui não acontece em Guiné-Bissau”; “Aqui as enfermeiras que me deram carinho, me animaram: “Essa dor vai passar, tu consegues” mas lá, no meu primeiro parto no hospital, a parteira me disse: “Olha se não fizeres a força, nós não temos nada para fazer, tu vais fazer tudo, porque quando estavas lá no coisa agente não estava lá, é você que vai fazer força para tirar isso aqui, se não quiseres fazer a força vais ficar aí, não temos tempo para isso””; “depois tem o carinho, olha eu não sei dos outros, mas as enfermeiras que eu encontrei (Portugal) elas são maravilhosas comigo, elas cuidaram muitíssimo bem de mim, sempre a motivar a dizer que eu era forte, na Guiné não vejo acontecer assim”.</p> <p>P4 “Fui tratada muito bem pela parteira (EEESMO), me perguntava, como eu estava, se tinha dor, se queria algum medicamento, ou assim, sabe? (...)”; “Foi calma, falou tranquila, muito bom, é importante”.</p> <p>P5 “As mulheres lá (Guiné) são tratadas diferente, no hospital, são maltratadas, não é como aqui (Portugal)”; “Gostava muito de dizer obrigado à parteira daqui (Portugal) foi 5 estrelas comigo, muito atenciosa, me tratou super-bem”; “A enfermeira que fez o parto deve ser nova, pareceu, mas ela que continue assim, porque vai chegar longe, tratando as pessoas bem assim, com respeito e carinho”; “Sempre falou comigo tudo, tinha paciência, não gritou ou ignorou, tudo o que eu precisei ela me ajudou e fez”.</p>
		<p>Conhecimentos e capacidades do EEESMO</p>	<p>P1 “Aqui (Portugal) senti que elas (EEESMO) sabiam mais, da medicação, da dor (...)”.</p>

			<p>P2 “Não gostei da observação a toda a hora (ri-se), vários toques né (Portugal)”; “Lá na Guiné, na minha experiência não aconteceu muito comigo assim (cervicometria)”.</p> <p>P3 “Lá (Guiné) a costura é sem anestesia, muita dor mesmo”; “Aqui tem anestesia, (...) olha eu não sei dos outros, mas as enfermeiras que eu encontrei (Portugal) elas são maravilhosas comigo, elas cuidaram muitíssimo bem de mim, me ensinaram maneiras de não sentir tanta dor, de meu bebê descer e sair melhor (...)”.</p> <p>P4 “Fui tratada muito bem pela parteira (EEESMO), me perguntava, como eu estava, se tinha dor, se queria algum medicamento, ou assim, sabe? (...)”; “Foi calma, falou tranquila, muito bom, é importante”.</p> <p>P5 “Aqui (Portugal) foi mais fácil para mim, não senti nada, nem senti quase dor, com a medicação, não foi como lá (Guiné) e quem me assistiu ao parto foi atencioso para conseguir ajudar e eu consegui”; “Lá (Guiné) te gritam “faz força”, eu não estava a conseguir lá (Guiné no 1ºParto) e ela (parteira) carregou aqui (aponta para o abdómen) e lá foi, mas doeu muito”.</p>
		<p>Competência Cultural do EEESMO</p>	<p>P1 “Nunca me senti desrespeitada por ser de um país diferente”; “Senti muito respeito (por parte dos EEESMO)”; “Aqui (Portugal) senti-me em casa, não senti dificuldade”.</p> <p>P2 “Não senti diferença no tratamento (Portugal), até me senti melhor aqui”; “Senti-me respeitada”.</p> <p>P3 “Eu nem senti diferenças, não senti por nenhuma delas (EEESMO) por eu ser de outro país e ser negra, nada, sempre muito carinhosas comigo”; “Eu só senti da parte de um outro casal que estava lá, na sala depois do parto, que eles não queriam estar a dividir o espaço comigo, eles disseram “queremos quarto individual”, não sei se por eu ser negra ou algo assim”.</p> <p>P4 “A enfermeira que me fez o parto foi respeitadora, me senti muito bem, foi muito normal, sem muitas coisas”;</p> <p>P5 “Aqui (Portugal) elas (EEESMO) querem que tu te sentes bem, eu acho, no meu caso foi. Me senti bem, sem dor, tranquila”.</p>
		<p>Ética profissional do EEESMO</p>	<p>P1 “Fui respeitada nas minhas escolhas sempre, sempre a me explicar tudo, o que ia fazer e assim”.</p> <p>P2 “(...) Te ensinam, te explicam as coisas, com paciência, muito bom, como o bebê ia sair mais rápido (...)”; “Sim me pediam se podiam ver (cervicometria) e porque é que era preciso ver e me diziam quanto estava avançado já”.</p> <p>P3 “Sinto que aqui te dão tempo, explicam, falam as coisas, pois é (...)”.</p> <p>P4 “(...) E no parto foi assim, tudo me foi explicado, o que iam fazer, mas eu nem estava em mim com a dor (ri-se)”.</p> <p>P5 “(...) Sempre falou comigo tudo, tinha paciência (...)”.</p>

APÊNDICE X – RESUMO DE RELATO DE EXPERIÊNCIA

SEMINÁRIO INTERNACIONAL “EDUCAÇÃO SEXUAL. PROMOVER A
SAÚDE EUROPEIA”

Relato de Experiência – Ensino Clínico e Missão de Voluntariado na Guiné-Bissau

a) Título: Relato de Experiência – Ensino Clínico e Missão de Voluntariado na Guiné-Bissau

b) Resumo:

Introdução: Sendo a área de interesse a Saúde Materna e Obstétrica, e numa perspectiva de diversidade existente, revelou-se como pertinente a participação numa missão de voluntariado em Guiné-Bissau, através de uma ONG, com o objetivo de desenvolver a competência cultural, enunciada no Modelo teórico de Campinha-Bacote (2002). Atualmente, num mundo onde as sociedades são cada vez mais diversificadas, torna-se evidente a necessidade de estudar os pressupostos de cuidados de enfermagem, tendo por base o respeito e a integração das demais culturas, crenças, valores e rituais das diversas comunidades. O aumento significativo da diversidade cultural conduz a um desafio na prestação de cuidados, a nível intercultural, quando consideradas as crenças e as barreiras linguísticas, sendo necessário reconhecer as diferenças culturais.

Objetivos: Apresentar a experiência vivida de estágio de vigilância pré-natal no âmbito de um programa desenvolvido por uma ONG “Hope for Fulanis”.

Metodologia: Relato de uma experiência que permita detalhar a experiência vivida de estágio de vigilância pré-natal no âmbito de um programa desenvolvido por uma ONG “Hope for Fulanis”.

Resultados: Foi notório que o planeamento familiar é inexistente, a taxa de VIH é elevada, a maioria das grávidas presentes na consulta tinham sofrido de mutilação genital feminina, a grávida mantém os esforços físicos diários com a mesma intensidade, que aliado a uma dieta insuficiente se traduz num reduzido ganho de peso na gravidez e, por fim, a vigilância da grávida é precária e a grande maioria dos partos ocorre comunidade, sem qualquer tipo de apoio de um profissional de saúde.

Conclusões: A participação nesta experiência proporcionou incidir nos pressupostos enunciado pela teórica, o que permitiu o desenvolvimento da competência cultural, sendo esta crucial para uma prestação de cuidados de qualidade.

c) Palavras-chave (Mesh): Cultural competence; Prenatal Care; Midwifery; Guinea-Bissau.

d) Bibliografia:

Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. DOI:10.3912/OJIN.Vol16No02Man05

Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., Figueiredo A., (2023a). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa

do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Direção-Geral da Saúde. (2023). Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. NORMA: 001/2023. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*: 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros

e) Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

APÊNDICE XI – APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO ORAL

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

SEMINÁRIO INTERNACIONAL
"EDUCAÇÃO SEXUAL: PROMOVER A SAÚDE EUROPEIA"

**Relato de Experiência – Ensino Clínico
e Missão de Voluntariado na
Guiné-Bissau**

*Prof. Açucena Guerra
Prof. Conceição Santiago
Cláudia Lopes
Lúcia Braga*



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



Objetivo da Sessão



- Apresentar a experiência vivida de estágio de vigilância pré-natal no âmbito de um programa desenvolvido por uma ONG “Hope for Fulanis”.

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

+HOPE
HOPE FOR FULANIS



Missão

Associação para o desenvolvimento sustentável, que tem por finalidade a ajuda humanitária nas mais diversas áreas:

Saúde (ODS 3)

Educação
Nutrição infantil
Formação profissional
Captação de água potável

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

Desenvolvimento de competência no âmbito da vigilância da grávida e puerpério.



Pretendeu-se que esta oportunidade permitisse desenvolver a competência cultural, enunciada no Modelo teórico de Campinha-Bacote (2002), através dos seus elementos imprescindíveis:

- **Consciência Cultural;**
- **Conhecimento cultural**
- **Encontros culturais;**
- **Desejo cultural.**

A competência cultural é um processo que exige um esforço contínuo.



(Campinha-Bacote,

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



EEESMO Deolinda



Parteira Binta



Consulta de Vigilância da Grávida

Anamnese

- História Familiar
- Antecedentes pessoais
- Antecedentes Obstétricos
- Gravidez atual (IG e DPP)

Exame Físico

- Peso
- Altura
- Índice Massa Corporal
- Tensão Arterial
- Glicémia
- Altura Fundo Uterino

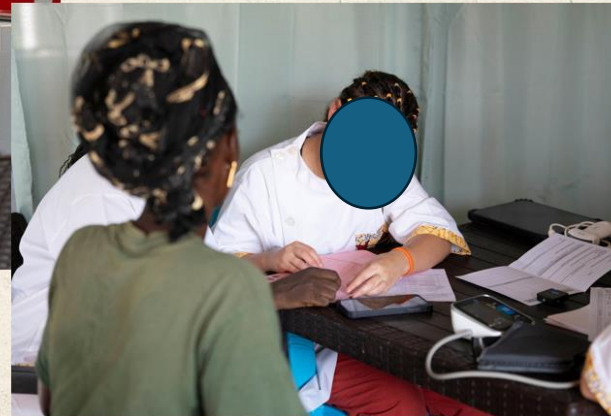
Educação para a Saúde

- Adequado ao contexto

Exames Complementares de Diagnóstico

Avaliação dos exames realizados

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



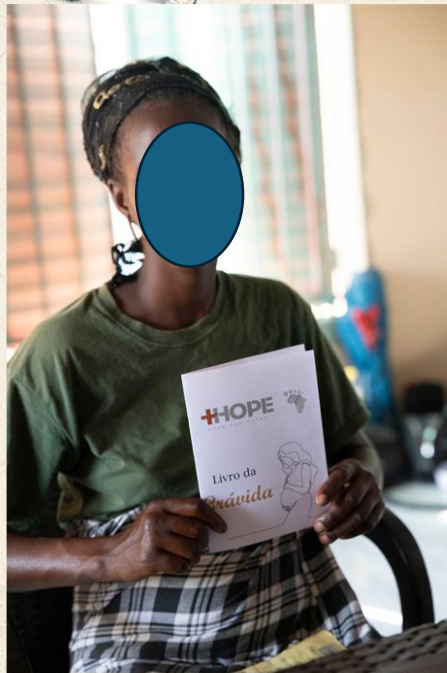
INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

Realidade

- ☉ **Planeamento familiar inexistente**
- ☉ **Dieta insuficiente**
- ☉ **Esforço físico diário**
- ☉ **Taxa de VIH elevada**
- ☉ **Partos na comunidade**
- ☉ **Mutilação genital feminina**



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



Maravilhoso

Experiência muito rica a nível pessoal e profissional, que proporcionou o desenvolvimento da competência cultural referida por Campinha-Bacote (2011), imprescindível na prestação de cuidados de excelência do EESMO.

Competência Cultural

Competências Específicas do EEESMO

Prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis, e de acordo com as necessidades da população (OE, 2011).

Padrões de Qualidade

O EEESMO deve-se distinguir pela formação e pela experiência, que lhe irá permitir “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor” (OE, 2021, p.3).

Referências Bibliográficas

- Campinha-Bacote, J. (2011). *Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. DOI:10.3912/OJIN.Vol16No02Man05
- Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., Figueiredo A., (2023a). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.*
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. NORMA: 001/2023. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.*<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República: 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666.*
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros*

APÊNDICE XII – FOLHETO INFORMATIVO “ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA NA GRAVIDEZ”

8. Realizar uma prega cutânea e introduzir a agulha num movimento firme e perpendicular à pele, num ângulo de 90°;



9. Manter a agulha introduzida no tecido subcutâneo durante 10 segundos;

10. Retirar a agulha da pele no ângulo em que estava inserida e soltar a prega;

11. Tapar a caneta e guardá-la.

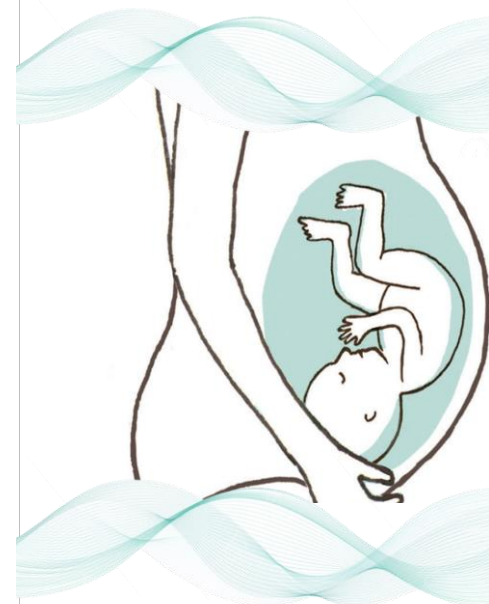
Folheto realizado em contexto de:
Ensino Clínico em Medicina Materno-Fetal
Outubro de 2023.

Realizado por: Cláudia Vidal Guedes - Enfermeira e Estudante do 9º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde de Santarém.

Orientado por: Isabel Martins - Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e obstétrica e Agucena Guerra - Professora orientadora na Escola Superior de Saúde de Santarém.

Diabetes Gestacional

Administração de Insulina



Hospital de
Vila Franca de Xira
EPE



Diabetes Gestacional

É a presença de hiperglicemia (níveis de açúcar elevados no sangue) que surge ou é detetado pela 1ª vez na gravidez.

Como se trata/controla?



É iniciada medicação oral ou insulina quando a dieta e o exercício não são suficientes para o controlo metabólico.

A insulina é administrada através de uma caneta, que pode ser reutilizável ou não.

- A insulina deve ser armazenada no frio enquanto estiver fechada, após a abertura deverá ser conservada num local fresco e seco, à temperatura ambiente.

Independentemente do tipo de caneta que utilize, terá de fixar uma agulha na ponta da caneta aquando da administração.

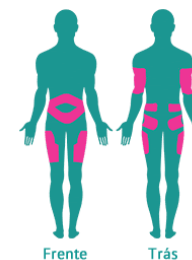
- A agulha deverá ser trocada após 24 horas de utilização.

Como administrar insulina?

1. Lavar bem as mãos;
2. Fixar a agulha na caneta;
3. Marcar 2 unidades de insulina na caneta e realizar disparo "teste" para o ar, deve observar saída de líquido pela agulha para funcionar corretamente;

4. Confirme o valor de unidades de insulina que lhe foi prescrito pelo médico, e marque esse valor na caneta;
5. Selecione o local de administração e assegure-se que este se encontra limpo e sem lesões ou cicatrizes;
6. Deve alternar entre a zona do abdómen (zona direita/esquerda) e outras regiões possíveis;

Locais de administração de insulina



7. Evite administrar num local em que tenha feito uma administração recente, para facilitar a cicatrização e melhor absorção da insulina;

APÊNDICE XIII – APRESENTAÇÃO SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ



A Sexualidade da Mulher/Casal grávido



Estudantes de Enfermagem:

Alexandra Franco

Bárbara Carapeto

Estudante de Mestrado:

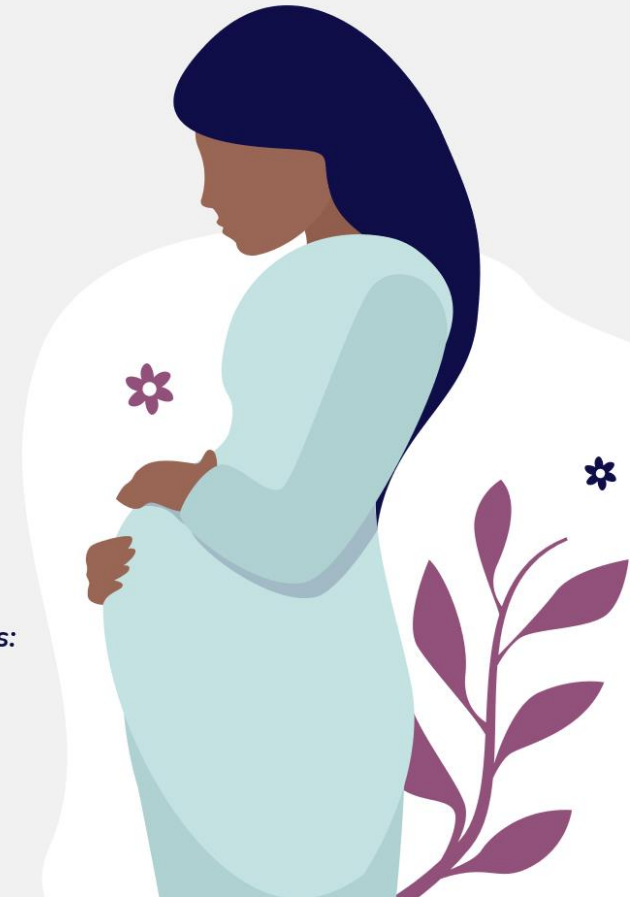
Enf.^a Cláudia Guedes

Enfermeiras orientadoras:

Enf.^a Ana Filipa Reis

Enf.^a Olinda Casimiro

Enf.^a Sílvia Gaspar



Sumário

1. Sexualidade: O que é?

1.1. Sexualidade no ciclo de vida

2. Alterações físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da gravidez

2.1. Influência das diferentes alterações na vivenciada sexualidade da mulher/casal grávido

4. Outras formas de fazer acontecer...

5. Desmistificação de mitos e preconceitos relacionados com a sexualidade da mulher/casal grávido

6. A importância da vivência da sexualidade de forma positiva durante a gravidez

7. Conclusão



O que é Sexualidade?



sexualidade

individualidade
singularidade
liberdade
respeito
confiança
afeto
identidade sexual
intimidade
apoio
prazer
desejos
orientação sexual
interações
comunicação
carinho
relações
globalidade
honestidade

“Uma parte integrante da vida de todos os indivíduos e da sua identidade ao longo de toda a vida, contribuindo para o seu equilíbrio físico e psicológico.”

Associação para o Planeamento da Família (2023)

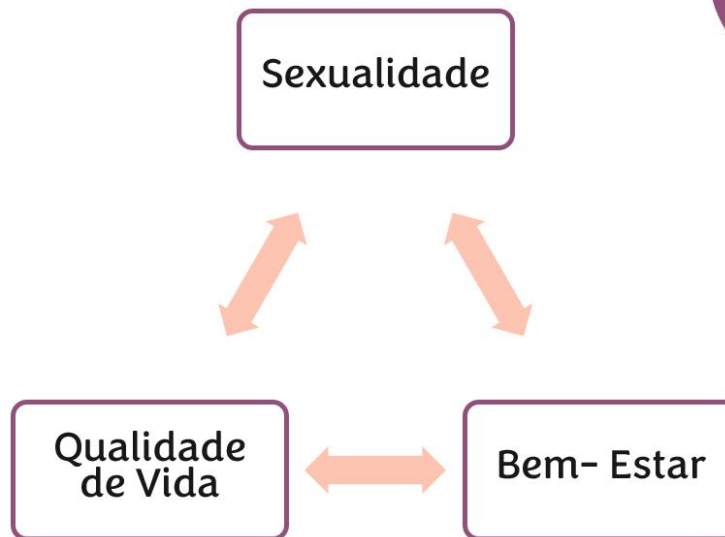


Sexualidade

OMS (2006 citado em UFRGS/DESCOL, 2020, p. 15)



Sexualidade no Ciclo de Vida



Félix, C. & Maciel, E., 2016



Impacto das alterações decorrentes da gravidez na vivência da sexualidade do casal

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
<ul style="list-style-type: none"> • Alterações hormonais • Alterações de humor • Náuseas • Vômitos • Obstipação ou diarreia 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição dos enjoos e vômitos • Melhoria da lubrificação vaginal • Aumento da autoestima • Geralmente, período de calma e bem-estar 	<ul style="list-style-type: none"> • Cansaço • Insónia • Contrações uterinas • Dores lombares • Tonturas • Cãibras • Aumento do tamanho da barriga • Problemas com autoimagem • Preocupação com a aproximação do momento do parto • Dor no coito
Diminuição do desejo e da atividade sexual	Melhoria da disposição para a atividade sexual	Diminuição do desejo e da atividade sexual

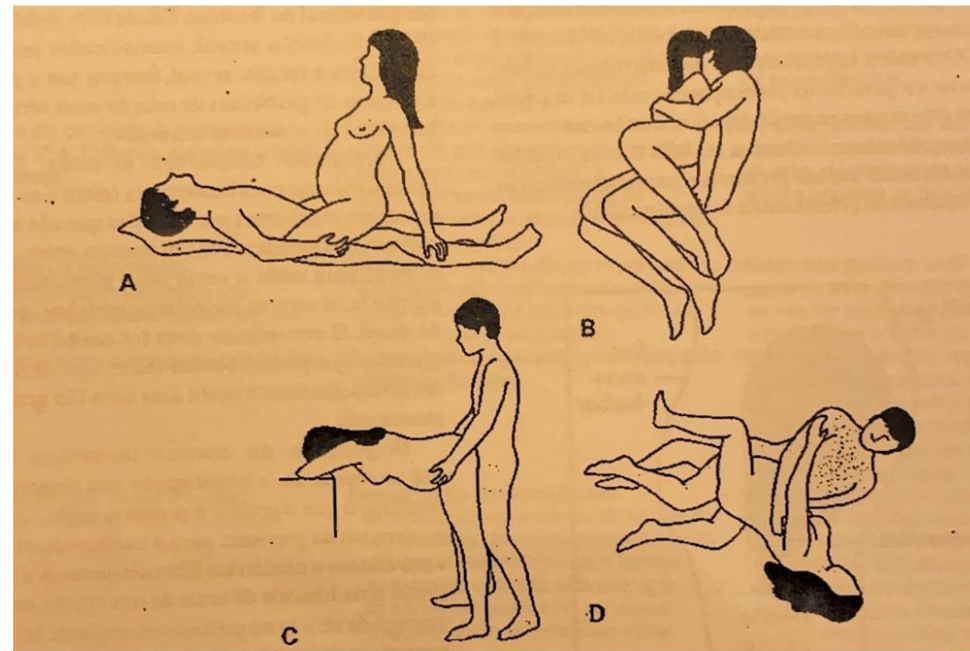
Necessidade de Adaptação da Mulher e do Casal na vivência da sua Sexualidade

Barbosa et al., 2011; Costa, T., 2020; Moreira, 2022



Outras formas de fazer acontecer...

Quando não existem contra-indicações, manter relações sexuais na gravidez não está associado a qualquer resultado adverso.



DGS, 2015

Lowdermilk



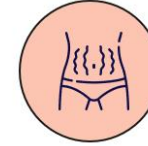
Sinais de Alerta



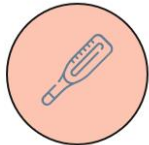
 Hemorragia Vaginal



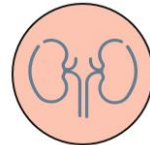
Perda de líquido pela vagina



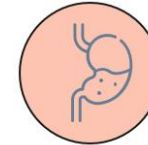
Corrimento vaginal
com comichão/ardor;



Arrepios ou febre



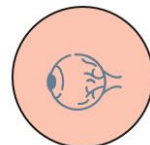
Dor ou ardor quando urina




Vómitos persistentes




Dores de cabeça fortes
ou contínuas



 Perturbações da visão



 Diminuição dos
movimentos fetais



Além disso...

As grávidas e os seus parceiros devem ter uma compreensão básica sobre o impacto da gravidez na sua sexualidade, das alterações físicas e psicológicas durante a gravidez e da forma como estas podem influenciar as respostas sexuais físicas e emocionais, descobrindo novas formas de sentir e dar prazer e da importância da comunicação nesta fase.



DGS, 2015 citado por Vieira, 2020



Afeto
Intimidade
Autoerotismo
Masturbação
Beijos
Toque
Jogos eróticos



...não são vistos como um meio intermediário para um fim,
mas como atividades prazerosas em si mesmas, que não
necessariamente precisam levar à relação sexual...

Fernández - Sola, et al., 2018; Moreira, 2022



O papel do parceiro/a na sexualidade do casal durante a gravidez

O envolvimento do parceiro/a na sexualidade do casal durante a gravidez é fundamental, uma vez que a participação em consultas de vigilância permite que este se envolva emocionalmente, diminuindo, assim, os medos e esclarecendo as dúvidas.

Moreira, 2022



Vínculo Afetivo



Situações de stress





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido

“Desde a antiguidade que a vida sexual durante a gravidez e no pós-parto tem sido rodeada por mitos...”

Vieira, 2020, p. 17



Condicionam a vivência da
sexualidade da mulher/ casal grávido

Martins, 2018





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido (cont.)

Afirmção 1: A comunicação, os afetos e a manifestação de emoção não são formas de expressar a sexualidade.

Falso

Fundamentação:

É essencial que a díade comunique entre si, colocando a cada elemento as suas dúvidas, anseios e a própria sexualidade, pois só assim poderão entender-se um ao outro, sem que haja constrangimentos e diminuição da ligação que os une. (Martins, 2018)





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido (cont.)

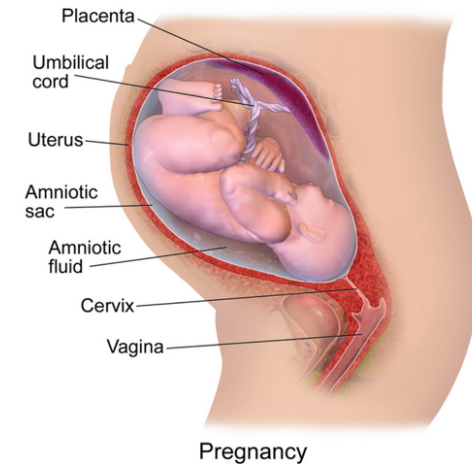
Afirmação 2: O ato sexual por via vaginal pode magoar o bebé.

Mito

Fundamentação:

O medo de magoar o bebé e trazer complicações à gravidez, é possivelmente o receio com mais impacto na diminuição da frequência sexual genital durante a gravidez. (Vieira, 2020)

Esta dúvida poderá ser dissolvida se for explicado ao casal que o bebé está adequadamente resguardado (Kitzinger, 1984 citado por Martins, 2018).





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido (cont.)

Afirmação 3: Algumas religiões encaram a sexualidade na gravidez como sinónimo de pecado e proibição.



Fundamentação:

A gravidez é um período de transição que se acompanha de mudanças físicas, psicológicas e sociais, sendo ainda influenciada por questões de carácter religioso e cultural.



Costa, 2020





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido (cont.)

Afirmção 4: As relações sexuais na gravidez podem desencadear um aborto ou um parto pré- termo.



Fundamentação:

O ato sexual é seguro desde que não seja desconfortável. Não existe correlação entre o ato sexual e o aborto espontâneo. (Lowdermilk,...)

Se a gravidez não tem complicações, o enfermeiro especialista deve informar o casal de que a relação sexual e orgasmo não são contraindicados durante a gravidez

(Lowdermilk, 2008, citado por Coelho, 2016)





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido (cont.)

Afirmção 5: O parceiro/a desempenha apenas um papel passivo na gravidez.

Falso

Fundamentação:

Na gravidez, mais do que falar da mulher grávida, é essencial falar no casal grávido, considerando que o parceiro/a também está implicado no processo (Carteiro e Marques, 2010, citado por Vieira 2020).





Mitos e Preconceitos: Sexualidade da Mulher/casal Grávido (cont.)

Afirmção 5: O parceiro/a desempenha apenas um papel passivo na gravidez.

Falso

Fundamentação:

Atualmente, o parceiro/a é capaz de compreender e aceitar os sentimentos de ambivalência experienciados durante a gravidez e nota-se uma mudança nos papéis ocupados pelo homem em relação à paternidade, tonando-os mais ativos na vida e nos cuidados dos bebés. (Vieira, 2020)



Importância da vivência da sexualidade de forma positiva



A sexualidade constitui um forte papel na vida de um casal, sendo que esta apoia o equilíbrio emocional e o seu bem-estar

Silva & Figueiredo, 2005 citado por Martins, 2018

A sexualidade permanece um aspeto importante na gravidez, não devendo ser limitada à relação sexual, mas sim a práticas sexuais adaptadas às mudanças físicas e emocionais que ocorrem durante esse período.

Fernández - Sola, et al., 2018

“A vivência saudável da gravidez revela-se de uma grande importância para o desenvolvimento do bebé e para a nova etapa na vida do casal”.

Vieira, 2020, p. 6





* Conclusão *

- A sexualidade não está limitada à relação sexual;
- A sexualidade está presente em todas as etapas de vida;
- A vivência da sexualidade de forma positiva está diretamente relacionada com o bem-estar e a qualidade de vida;
- A expressão da sexualidade da mulher/casal é influenciada pelas alterações físicas, psicológicas e emocionais decorrentes da gravidez, bem como, mitos, preconceitos e a própria cultura onde a mulher/casal está inserido, existindo, assim, a necessidade de adaptação

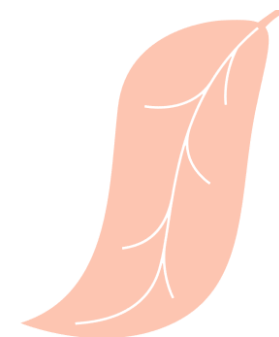




Dúvidas? Questões? Curiosidades?

Referências Bibliográficas

- Barbosa, B. N., Gondim, A. N. C., Pacheco, J. S., Pitombeira, H. C. S., Gomes, L. F., Vieira, L. F., & Damasceno, A. K. C. (2011). Sexualidade vivenciada na gestação: conhecendo essa realidade. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 13(3), 464-73. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i3.10407>
- Costa, T. F. S. d. (2020). *A sexualidade feminina ao longo da gravidez* [Master's thesis]. uBibliorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/10790>
- Direção Geral da Saúde (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. DGS.
- Félix, C. D. L., Maciel, E. D. S. (2016). *A sexualidade da mulher no climatério* [Master's thesis, Escola de Medicina e Saúde Pública Bahiana]. Repositório da Escola de Bahiana. http://www.repositorio.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/734/1/TCC_%20A%20SEXUALIDADE%20DA%20MULHER%20NO%20CLIMAT%20C3%89RIO.pdf
- Fernández-Sola, C., Huancara-Kana, D., Granero-Molina, J., Carmona-Samper, E., López-Rodríguez, M. d. M., & Hernández-Padilla, J. M. (2018). Sexualidade durante todas as fases da gravidez: Experiências de gestantes. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(3), 305-312. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800043>
- Martins, A. (2018). *Vivência da sexualidade durante a gravidez* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. <https://hdl.handle.net/10216/118240>
- Moreira, A., Henriques, C. & Frias, A. (2022). Alterações da sexualidade durante a gravidez: uma revisão sistemática. In Ana Frias e Maria da Luz Barros (Orgs). *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal*. Cap. 6 (pp75-85). Guarujá. São Paulo: Editora Científica Digital. DOI:10.37885/220609206
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Saúde Coletiva – UFRGS/DESCOL (2020). *Saúde Sexual, direitos humanos e a lei*. <https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789241564984>
- Vieira, J.G. (2020). *Sexualidade na Gravidez: Estudo exploratório sobre o impacto da gravidez e do pós-parto na satisfação com a sexualidade e na relação conjugal*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. Disponível online em: <http://hdl.handle.net/10316/94556>



**OBRIGADA PELA
VOSSA ATENÇÃO!**





Preparação da sala para receber as grávidas e seus companheiros, com animação e *Coffee Break*. No fim, foi oferecido um separador com as ideias centrais da sessão. Na primeira imagem, encontram-se as duas colegas da licenciatura, que foram incríveis, e a mestranda ao centro.



APÊNDICE XIV – PALAVRAS AOS EEESMO – ENTREVISTAS

Carinhosa
Profissional
Respeitadora

Amável Bondosa

Explicador Simpática Atenciosa
Cuidadora Tranquila
Maravilhosas

APÊNDICE XV – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Intervenções	Ano 2023			Ano 2024										
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro
Diagnóstico de Situação														
Elaboração do projeto														
Colheita de Dados – Aplicação das entrevistas														
Análise e Tratamento de Dados														
Elaboração do Relatório Final														
Pesquisa Bibliográfica														
Elaboração da Scoping Review														

APÊNDICE XVI – *SCOPING REVIEW*

A perspetiva das mulheres imigrantes sobre os cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, no parto

Autores

Cláudia Vidal Guedes¹ Açucena de Jesus Galhanas Guerra²

1. Estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém. Área Científica: Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Enfermeira a exercer funções no Hospital Vila Franca de Xira, EPE – Internamento de Obstetrícia/Ginecologia.

2. Professora adjunta, Escola Superior de Saúde, Politécnico de Santarém. Centro de Investigação da Qualidade de Vida (CIEQV), Politécnico de Santarém e Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.

Protocolo da presente *Scoping Review* publicado previamente:
DOI 10.17605/OSF.IO/RXD56

Resumo

Introdução: Atualmente, o número crescente de mulheres a viver a maternidade em contexto multicultural e migratório é uma realidade inegável. A expectativa das mulheres imigrantes sobre o desenrolar da sua gravidez, do parto e da experiência da maternidade em geral, num país estrangeiro, é influenciada pelas vivências individuais e ainda, por aspetos culturais e/ou religiosos do país de origem. Todavia, o conhecimento no que se refere à qualidade e à eficácia do acesso dos/as imigrantes aos cuidados de saúde, especialmente no que respeita às mulheres imigrantes, é ainda escasso em Portugal.

Objetivo: Mapear a evidência científica existente sobre a perspetiva das mulheres imigrantes acerca dos cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no momento do parto.

Crítérios de inclusão: Estudos que incluam os descritores estabelecidos pela mnemónica PCC: População, Conceito e Contexto; Estudos free Full-text; Estudos escritos em português, inglês ou espanhol.

Métodos: Foi realizada uma *Scoping review* de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute*[®]. A pesquisa foi realizada através da plataforma ESBCOhost, nas bases de dados (*information sources*): MedLine Complete, CINAHL Complete, e através da plataforma *Google Scholar* e RCAAP, no mês de maio de 2024.

Resultados: Foram incluídos 9 artigos dos quais emergiram 3 categorias principais: Qualidade dos cuidados; Barreiras percebidas; Relação de interação. Apesar das mulheres imigrantes constituírem um grupo vulnerável pelos seus medos, inseguranças e ainda barreiras encontradas, estas valorizaram a qualidade dos cuidados prestados no país de acolhimento, destacando a empatia, acolhimento, presença, escuta, competência profissional, conhecimentos, habilidades e qualidade na relação estabelecida.

Conclusões: A presente análise realça o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica e o potencial que este representa para uma perspetiva e experiência positiva do parto nas mulheres imigrantes. Muitas das mulheres imigrantes procuram melhores cuidados de saúde em relação ao país de origem, outras sentem-se inseguras devido à diferença dos valores culturais e religiosos. Os enfermeiros por sua vez, procuram obter conhecimentos e habilidades para um cuidado transcultural competente e desenvolver estratégias que respondam às necessidades das mulheres imigrantes, proporcionando-lhes uma experiência positiva de parto.

Palavras-chave: Enfermeiro obstetra; Parto; Competência Cultural; Imigração.

Introdução

O número de pessoas migrantes no mundo continua em crescimento acentuado. Os dados mais atuais da Organização Internacional para as Migrações (OIM), uma agência especializada das Nações Unidas, revelam que existiram 281 milhões de pessoas a residir num país diferente do seu país de origem, no ano de 2020, 128 milhões mais do que em 1990 e mais do triplo do número estimado em 1970 (OIM, 2024). As mulheres representam uma percentagem elevada da população migrante, estimando-se ser 48% dos migrantes internacionais (OIM, 2024). Assim, conseguimos perceber e sentir que a população imigrante representa nos dias de hoje, um significativo número de utentes no sistema de saúde, no que à vigilância da gravidez e conseqüentemente, ao parto concerne.

A expectativa das mulheres imigrantes sobre o desenrolar da sua gravidez, do momento do parto e da experiência da maternidade em geral, num país estrangeiro, é influenciada pelas

vivências individuais e ainda, por aspetos culturais e/ou religiosos do país de origem (Santiago, 2009).

A maioria dos partos em Portugal, ocorre em contexto hospitalar, pelo que as grávidas desenvolvem expectativas sobre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde. A gravidez e o momento do parto são fenómenos complexos e responsáveis por inúmeras alterações sociais, físicas e psicológicas, e, por isso, são percebidos e enfrentados de forma diferente de cultura para cultura. A expectativa de uma mulher em relação ao parto pode ser figurativa de uma experiência positiva e satisfatória ou, dolorosa e negativa, dependendo do contexto cultural em que a mulher se encontra inserida, das experiências passadas ou de relatos das suas conviventes. As vivências nesta fase são determinantes para o bem-estar físico e psíquico da mulher que, por sua vez, tem repercussões na forma como esta se irá adaptar ao novo papel de mãe (Bio, 2006).

Com a globalização das sociedades, a disciplina da Enfermagem depara-se com diferentes desafios e os enfermeiros sentem “a necessidade de se capacitarem no sentido de prestarem cuidados culturalmente congruentes” (Domingos, 2019, p.25). Os enfermeiros são os profissionais de saúde com a “interação mais sustentada e intensa com a mulher no ciclo da maternidade” (Tomey, 2004, p.5). Através desta observação podemos compreender a contribuição que os cuidados de enfermagem especializados têm na vivência do momento do parto para a mulher. A influência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica tem um peso importante na decisão da mulher, sendo o contato com a grávida um momento privilegiado para o estabelecimento de uma relação de apoio, esclarecimento e conforto, valorizando as suas inquietações e medos (Figueiredo et al. 2010).

É sabido que a cultura tem influência no comportamento humano e, por consequência, o enfermeiro deve entender as crenças, valores e costumes da pessoa cuidada para poder prestar cuidados de saúde culturalmente competentes (Bezerra, 2006).

Falamos em cultura quando nos referimos ao conjunto de pensamentos, formas de comunicar e de agir, bem como, aos costumes, crenças, valores e instituições de origem étnica, religiosa ou grupos sociais (Garneau & Pepin, 2015) Sendo que, “pessoas de culturas (...) diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes (...)” (Ramos, 2008, p. 101).

Deste modo, podem surgir barreiras culturais entre a díade enfermeiro-utente. Estas podem produzir um efeito desfavorável na prestação de cuidados de saúde por parte do profissional bem como, na percepção acerca desses mesmos cuidados por parte da utente (Lin, Wu & Hsu, 2019).

Há autores que nos revelam alguns fatores que são considerados importantes para determinar a satisfação das mulheres em relação às suas experiências de trabalho de parto. É importante considerar como fatores as expectativas pessoais e individuais da mulher, a quantidade de apoio recebido/percebido, a qualidade da relação parteira-mulher e o envolvimento da mulher na tomada de decisões relacionadas com os seus cuidados (Funai & Norwitz, 2017).

Assim, a relação estabelecida entre a díade (enfermeiro e mulher imigrante) bem como, as interações inerentes à mesma no desenrolar dos cuidados de saúde prestados, conferem aos enfermeiros competências culturais, os quais desenvolvem “uma nova forma de olhar sobre si mesmos e sobre aqueles de quem cuidam” (Reis & Costa, 2014, p. 61). Esta competência cultural adquire-se atribuindo importância aos fatores culturais na prática dos cuidados de enfermagem. Para Gonçalves (2012), o “Enfermeiro Transcultural”, deve perceber a pessoa cuidada como culturalmente diferente.

A *International Confederation of Midwives* (ICM) (2019) defende que as parteiras devem prestar cuidados de elevada qualidade e que estes devem ser sensíveis à cultura da pessoa durante o trabalho de parto (ICM, 2019). A sensibilidade cultural trata-se de um conjunto de competências que permitem compreender e aprender sobre pessoas cujo contexto cultural é diferente do nosso e a capacidade de modificar o comportamento para se adaptar às crenças culturais de outras pessoas (Hamidzay, 2018).

Nos dias em que vivemos, em consequência do aumento crescente de imigrantes em todo o mundo, deparamo-nos com a importância da enfermagem transcultural, pois, a cultura e o cuidar são os meios mais alargados de compreender, de uma forma holística, as pessoas. Esta ideia é fulcral para a prática de enfermagem, pois a transculturalidade suporta a aprendizagem recíproca com os sistemas de assistências de outras sociedades, na busca do potencial humano universal e de uma política de respeito pela diferença. O objetivo da enfermagem transcultural é, assim, conseguir que os conhecimentos e a prática da enfermagem profissional tenham uma base cultural, uma planificação e uma aplicação baseada na cultura, conseguindo ir mais além de um mero estado de perceção ou de apreciação das diferentes culturas (Leininger, 1995; Leininger, 2011).

Uma vez que, a maior parte das comunidades são multiculturais, espera-se que os enfermeiros compreendam e respondam aos clientes de culturas diferentes, prestando cuidados culturalmente competentes (Domingos, 2019).

Questão de revisão

Qual a perspetiva das mulheres imigrantes sobre os cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no parto?

Palavras-chave

Imigração; Cuidados de Enfermagem Obstétrica; Trabalho de Parto.

Critérios de inclusão

Participantes

- Mulheres imigrantes.

Conceitos

- Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

Contexto

- Local do parto.

Tipos de fontes

A pesquisa foi realizada através da plataforma ESBCOhost, nas bases de dados (*information sources*): MedLine Complete, CINAHL Complete, e através da plataforma *Google Scholar* e RCAAP, no mês de maio de 2024.

Métodos

A presente *Scoping Review* foi desenvolvida de acordo com a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*[®].

Estratégia de pesquisa

Com base nos critérios de elegibilidade anteriormente identificados e através do *MeSH Browser*, foram incluídos os seguintes descritores: Emigrants and Immigrants; Parturition; Lab*r, Obstetric; Delivery, obstetric; Obstetric Nursing; Nurse Midwives; Midwifery.

Utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR” surge a expressão de pesquisa utilizada: (Emigrants and Immigrants) AND [(Lab*r, Obstetric) OR (Parturition) OR (Midwifery) OR (Nurse Midwives) OR (Obstetric Nursing) OR (Delivery, Obstetric)]

Quanto aos limitadores universais foram definidos: Free Full Text; E específicos: estudos escritos em português, inglês ou espanhol.

A pesquisa foi realizada através da plataforma ESBCOhost, nas bases de dados (*information sources*): MedLine Complete, CINAHL Complete, e através da plataforma *Google Scholar* e RCAAP, no mês de maio de 2024.

Seleção dos estudos

Após a aplicação da estratégia de pesquisa anteriormente apresentada nas bases de dados acima referidas, foram efetuadas as diferentes etapas para a identificação, triagem e leitura integral dos artigos incluídos para a análise final. A esquematização destas etapas encontra-se representada no diagrama de fluxo: PRISMA 2020 (Fig. 1).

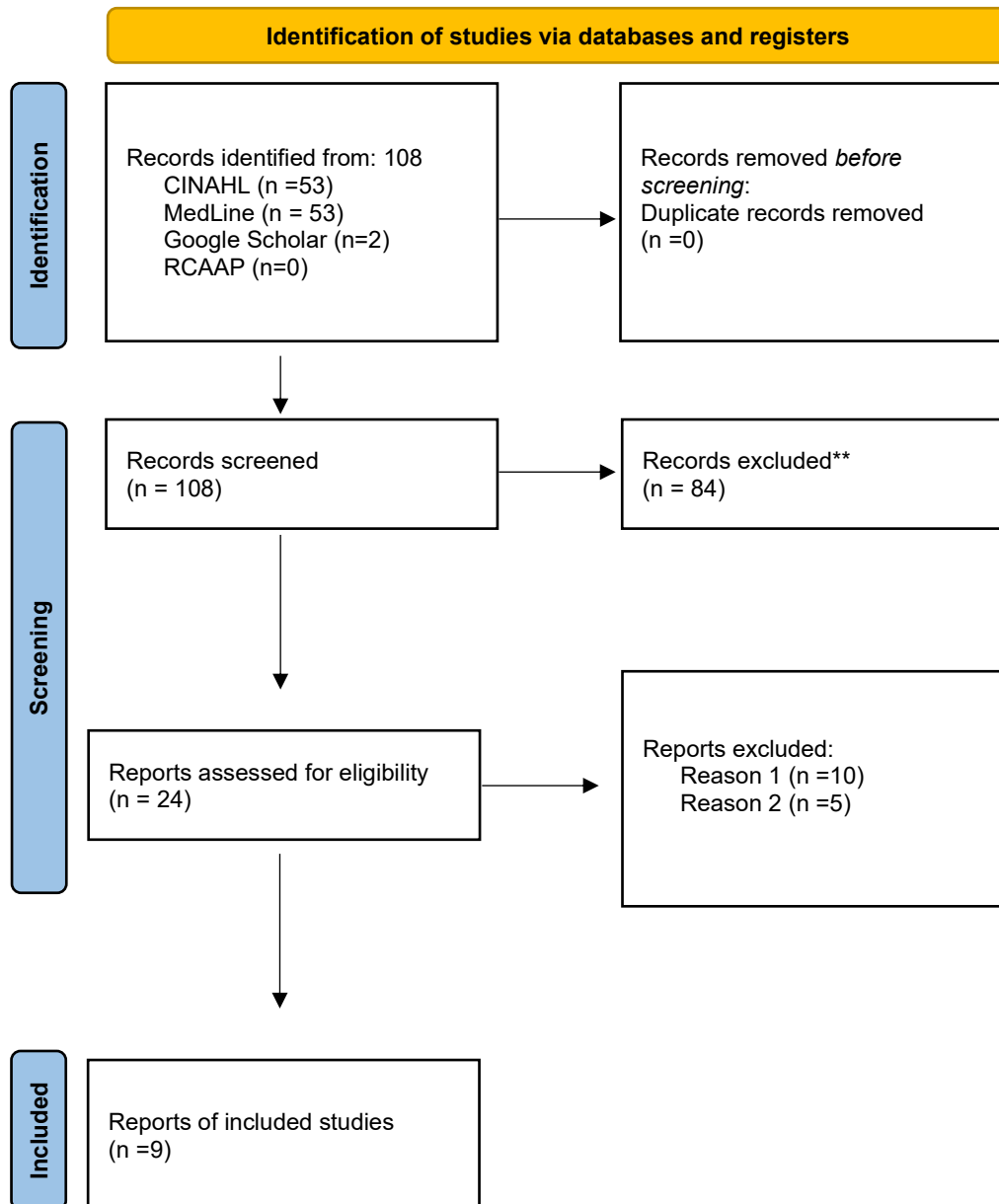
Na primeira etapa, *Identification*, foram identificados 108 artigos.

Na fase seguinte, *Screening*, após a leitura do *title* e *abstract* dos artigos, excluíram-se 84 artigos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão, nomeadamente os conceitos cuidados do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica ou *Midwife* (67 artigos) e o contexto (17 artigos).

De seguida foram lidos na íntegra os 24 artigos, tendo sido excluídos 15 destes artigos por não apresentarem metodologia explícita (*Reason 1*) ou porque os objetivos eram divergentes da temática em estudo (*Reason 2*).

Na fase final, *Included*, após a leitura e avaliação integral dos restantes 9 artigos, constatou-se que estes deveriam ser incluídos na análise.

Figura 1 - Diagrama-resumo da pesquisa desenvolvida.



Adaptado de: PRISMA Flow Diagram para o processo de scoping review do JBI (2020)

Extração de dados

A análise dos 9 artigos permitiu a obtenção de contributos de forma a dar resposta à questão de revisão. Foi utilizado o quadro extrator de dados proposto pela JBI e todas as particularidades estão presentes no Apêndice II, onde foi possível a análise dos artigos em diferentes dimensões: estudo, metodologia, método, participantes, objetivos, conclusões dos autores e conclusões do revisor.

Resultados

Dos 9 artigos selecionados para análise, 8 são estudos do paradigma qualitativo e 1 do paradigma quantitativo. Apenas 1 dos artigos estudou uma população de mulheres imigrantes em Portugal. Foi elaborado o seguinte quadro (Quadro I) de forma a apresentar, resumidamente, as características dos estudos incluídos quanto: aos autores, ano de publicação, objetivo de estudo, método de investigação e os principais resultados que emergem de cada um dos artigos.

Quadro 1 - Resumo dos estudos incluídos (1 a 9) - Título, Autor, Ano de publicação/País, Objetivo, Método e Principais Resultados

Título e Autores	Ano de publicação/País	Objetivo	Método	Principais resultados
1. <i>“Can you please hold my hand too, not only my breast?” The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium</i> Degrie, L., Dierckx de Casterle, B., Gastmans, C., Denier, Y.	2020 - Bélgica	Compreender as experiências perinatais das mulheres de minorias étnicas (descendência turca e marroquina) que pariram em maternidades, na Bélgica.	Qualitativo	A qualidade dos cuidados interculturais depende predominantemente da natureza e da qualidade das relações, mais do que da forma como as questões e tensões culturais são tratadas ou resolvidas. Estabelecer uma relação de cuidados significativa deve ser uma prioridade na prestação de cuidados interculturais.
2. <i>Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile.</i> Baeza, F., Cilveti, C., Fernández, M., Purcell, V., Vásquez, C., Hernández, G.	2020 - Chile	Conhecer o significado da experiência da gravidez, do parto e do puerpério nas mulheres imigrantes inscritas nos centros de saúde familiar de uma comuna da zona sul da cidade de Santiago do Chile.	Qualitativo	A necessidade de apoio a este grupo populacional, o que constitui um desafio para o Estado e para os profissionais de saúde, no sentido de reajustar e adequar as políticas e programas existentes, de forma a garantir uma melhoria substancial das condições de vida deste grupo de mulheres e das suas famílias.
3. <i>Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women</i> Degni, F., Suominen, S., Ansari, W., Vehviläinen-Julkunen K., Essen, B	2020 - Finlândia	Explorar as experiências das mulheres somalis imigrantes nos serviços de saúde reprodutiva e de cuidados na maternidade e as suas percepções sobre os prestadores de cuidados.	Qualitativo	As experiências e percepções das mulheres imigrantes sugerem que é necessário melhorar a compreensão mútua dos recetores (pacientes) e dos prestadores (equipas de cuidados de saúde) nos serviços de saúde.
4. <i>Experience of the New Zealand maternity care system by a group of Japanese women in one centre</i> Doering, K., Patterson, J., Griffiths, C.	2015 - Nova Zelândia	Explorar a forma como algumas mulheres japonesas vivenciaram a gravidez, o parto e os cuidados no	Qualitativo	O conhecimento das diferentes abordagens culturais ao parto permite uma melhor comunicação, ajudando as mulheres imigrantes a tomarem decisões bem informadas e a receberem cuidados mais adequados à sua situação.

		parto na Nova Zelândia.		
<p>5. <i>"They Can't Understand It": Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John's, Newfoundland</i></p> <p>Reitmanova, S., Gustafson, D.</p>	<p>2007 - Canadá</p>	<p>Documentar e explorar as necessidades de cuidados de saúde na maternidade e as barreiras ao acesso aos serviços de saúde na maternidade, na perspectiva das mulheres muçulmanas imigrantes que vivem em St. John's, no Canadá.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>A informação e as práticas relativas aos cuidados de saúde na maternidade, concebidas para satisfazer as necessidades das mulheres canadianas, careciam de flexibilidade para satisfazer as necessidades das mulheres muçulmanas imigrantes.</p> <p>As recomendações de mudança incluem a melhoria do acesso a informação cultural e linguisticamente adequada sobre maternidade e saúde, o desenvolvimento da capacidade de resposta à diversidade dos prestadores de cuidados de saúde e das organizações onde trabalham e o estabelecimento de redes de apoio social e parcerias com as comunidades imigrantes.</p>
<p>6. <i>A service evaluation of a specialist migrant maternity service from the user's perspective</i></p> <p>Filby, A., Robertson, W., Afonso, E.</p>	<p>2020 - Inglaterra</p>	<p>Avaliar o serviço especializado de maternidade para migrantes prestado pelo <i>Kings College Hospital</i> de Londres.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>A experiência clínica foi globalmente positiva e todas acreditaram que os profissionais de saúde agiriam no seu melhor interesse. Todas sentiram que as suas opiniões eram respeitadas e escutadas pelos profissionais de saúde. Os aspetos negativos que persistem não são da competência e responsabilidade imediata dos profissionais de saúde, mas afetam negativamente a saúde destas mulheres e, por conseguinte, merecem uma sensibilização para que os cuidados holísticos sejam alcançados.</p>
<p>7. <i>Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden</i></p> <p>Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., Rubertsson, C.</p>	<p>2014 - Suécia</p>	<p>Investigar a prevalência do medo relacionado com o parto no início da gravidez em mulheres nascidas na Suécia e em mulheres nascidas no estrangeiro a viver na Suécia.</p>	<p>Estudo de coorte transversal, do paradigma quantitativo.</p>	<p>O medo relacionado com o parto foi quase três vezes mais comum entre as mulheres nascidas no estrangeiro do que entre as mulheres suecas. As mulheres grávidas nascidas no estrangeiro são um grupo extremamente vulnerável que necessita de apoio culturalmente sensível e direcionado por parte dos prestadores de cuidados. É necessária mais investigação para identificar claramente os componentes do medo das mulheres relacionado com o parto em vários grupos étnicos.</p>
<p>8. <i>Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento</i></p> <p>Supimpa, L.; Souza, S.; Prandini, N.; Andreatta, D.; Trigueiro, T.; Paviani, B.</p>	<p>2023 - Brasil</p>	<p>Descrever a experiência do parto de mulheres imigrantes em maternidades no sul do Brasil.</p>	<p>Qualitativo, descritivo</p>	<p>É necessário investir na capacitação dos enfermeiros em relação ao cuidado transcultural, desde a sua formação académica inicial até à sua especialização. Para aprimorar a assistência ao parto de mulheres imigrantes são necessárias mais pesquisas que relatem os indicadores perinatais, a experiência de parto de outros grupos imigrantes e a sua cultura de nascimento. A assistência durante o processo de parto e nascimento pode ser experienciada através de um cuidado de enfermagem de qualidade, com boa comunicação, sensível à cultura e acolhedor nas diversas necessidades.</p>
<p>9. <i>Parimos em Portugal: a vivência do serviço de saúde por imigrantes brasileiras</i></p> <p>Oliveira, E.; Lopes, R.; Cavalcante, M.; Félix, T.; Neto, F.; Moreira, R.</p>	<p>2017 - Portugal</p>	<p>Descrever a experiência de cuidados de saúde durante o parto, de imigrantes brasileiras residentes em Portugal.</p>	<p>Qualitativo</p>	<p>Este estudo exaltou a satisfação no ato de parir em Portugal, reconhecendo positivamente o trabalho dos profissionais da área da saúde portugueses. A dimensão afetivo-relacional aparece de forma expressiva, estando relacionada à relação de confiança estabelecida.</p> <p>Os resultados também demonstram uma dificuldade por parte de alguns técnicos de saúde em valorizar os sistemas de crenças das comunidades imigrantes, que envolvem os comportamentos sexuais e reprodutivos, além de apontarem a ausência de sensibilidade dos sobre os</p>

				hábitos e costumes das minorias étnicas como fator influente na utilização dos serviços.
--	--	--	--	--

Após análise dos artigos, no sentido de facilitar a compreensão da informação obtida, emergiram 3 categorias principais: Qualidade dos cuidados; Barreiras percebidas aos cuidados; Relação com profissionais.

Qualidade dos Cuidados

As mulheres relataram que parir no seu país de origem era “assustador” e “sinónimo de morte” pelas más condições físicas dos locais onde os cuidados eram prestados, mas também pelo reconhecimento da baixa qualificação dos profissionais que prestavam esses cuidados. Consideraram que a qualidade e a disponibilidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica no país de acolhimento salvam vidas (Degni et al. 2020). Valorizaram a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde do país de acolhimento, nomeadamente pela “parteira” durante todo o processo de gravidez e no parto (Baeza et al. 2020). As mulheres imigrantes preferiram o parto no país de acolhimento em relação ao país de origem, devido à gratuitidade do serviço público e ao tratamento e cuidado recebidos pela equipa multidisciplinar (Supimpa et al. 2023). O poder de decidir, o acolhimento realizado pelos profissionais e a escuta qualificada foram responsáveis por um parto experienciado como tranquilo, empoderado e onde sentiram apoio e auxílio. Outro fator apontado pelas mulheres foi a competência profissional, em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes no decorrer do trabalho de parto. Para algumas participantes estes cuidados superaram as suas expectativas quando comparando com os cuidados prestados no seu país de origem (Oliveira et al. 2017). Algumas mulheres apresentaram alguns dilemas e conflitos durante a gravidez, o parto e nos cuidados pós-natais, pois os cuidados diferiram, negativamente, do que esperariam (Doering et al. 2015).

Barreiras Percebidas

A barreira linguística e a falta de competência que apresentavam para a língua do país de acolhimento, dificulta as interações com os profissionais de saúde. Várias participantes, que não dominavam a língua do país de acolhimento, ficaram satisfeitas com as atitudes e comportamento social dos enfermeiros obstetras (Degni et al. 2020). Algumas participantes destacaram a dificuldade de se exprimirem numa língua diferente quando se encontram em situações stressantes e emocionais como o parto (Doering et al. 2015). Outra barreira percebida debate-se sobre a dificuldade na comunicação, relatada como a não compreensão de termos médicos, barreira que era transposta à medida que a equipa profissional adaptava sua fala. Apesar de algumas participantes falarem a língua do país de acolhimento, registrou-

se a sua preferência em comunicar-se na língua materna (Supimpa et al. 2023). A preferência pela figura feminina na prestação de cuidados, no caso específico das mulheres muçulmanas, levou a que estas mulheres se sentissem “mal” e “desconfortáveis” durante o trabalho de parto (Reitmanova & Gustafson, 2007). O medo relacionado com o parto é transversal, mas é quase três vezes maior entre as mulheres imigrantes comparativamente às mulheres nativas do país de acolhimento, podendo constituir também uma barreira nos cuidados (Ternstrom et al. 2014).

Relação com os profissionais

As mulheres consideraram que um processo de cuidados relacionais e colaborativos, contribuiu para a experiência positiva dos cuidados. Prestadores de cuidados emocionalmente indisponíveis, criavam a dúvida de que essa distância se pudesse dever à sua ascendência, ou pela sua maneira de vestir ou pela barreira linguística. Podendo, desta forma, o distanciamento profissional ser visto como discriminação, mesmo que este não o fosse (Degrie et al. 2020). A maioria das mulheres (8) apreciou ter sempre a mesma parteira nas suas consultas pré-natais e valorizou a relação estabelecida. A experiência clínica foi globalmente positiva e todas acreditaram que os profissionais de saúde agiriam no seu melhor interesse. Todas sentiram que as suas opiniões eram respeitadas e escutadas pelos profissionais de saúde. As suas experiências positivas com os profissionais de saúde geraram um sentimento geral de gratidão que se refletiu nos seus elogios a cada elemento do serviço. Todas destacaram como aspeto positivo: o respeito e a amabilidade dos prestadores de cuidados (Filby et al. 2020). Uma das participantes relatou medo relacionado à desconfiança sentida com a equipa de profissionais formada por alunos. Outra participante relatou que, ao se deparar sozinha e com náuseas durante o parto, sentiu-se acolhida e cuidada pela equipa, devido ao apoio e carinho dados naquele momento. Uma participante usou a palavra “humanização” ao descrever o seu atendimento e relacionou este conceito à simpatia e respeito no cuidado (Supimpa et al. 2023). Para as grávidas, de um modo geral, a dimensão afetivo-relacional foi considerada a mais importante nesta fase das suas vidas. Neste contexto, existe o destaque para os enfermeiros, com os quais as mulheres mantiveram maior contato (Oliveira et al. 2017).

Discussão dos resultados

As mulheres imigrantes enfrentam desafios diferentes durante o trabalho de parto, no país de acolhimento. A procura de melhores condições de vida e saúde levam à emigração para um país onde existam melhores cuidados (Degrie et al. 2020).

Segundo os dados resultantes da análise dos artigos, a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica no país de acolhimento é algo que deixa as mulheres imigrantes expectantes e ansiosas pois, as suas experiências são influenciadas por memórias e comparações com o parto anterior e/ou com o atendimento obstétrico no país de origem. Experiências negativas de parto anteriores estão intimamente ligadas às expectativas para o parto atual. Muitas mulheres relatam o atendimento obstétrico precário e depreciativo no país de origem, levando-as à insegurança sobre a qualidade dos cuidados no país de acolhimento (Supimpa et al. 2023 & Oliveira et al, 2017).

No que concerne ao país de acolhimento, as mulheres imigrantes valorizaram a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros obstetras. Foram valorizados aspetos como: a qualidade e a disponibilidade dos cuidados, a gratuidade do serviço público, a simpatia e o respeito sentidos, o apoio e o auxílio no momento do parto, a empatia durante todo o processo e a competência profissional, em relação aos conhecimentos, habilidades e atitudes no decorrer do trabalho de parto (Degni et al, 2020; Baeza et al, 2020; Supimpa et al, 2023; Degrie et al, 2020 & Oliveira et al, 2017). O que não se pode totalmente verificar noutras investigações pois, para outros grupos de mulheres imigrantes, os cuidados prestados apresentaram dilemas e conflitos, desta maneira, os cuidados prestados no país de acolhimento diferiram, negativamente, do que esperariam se tivessem parido no país de origem, pois sentiram que os cuidados não foram moldados pelo conhecimento e pela sua cultura (Doering et al. 2015). Para algumas mulheres a percepção retida foi de que receberam apoio inadequado ou cuidados desatentos, durante o seu parto (Reitmanova & Gustafson, 2007).

Alguns dados também nos mostram que, por vezes, existiam dificuldades em relação ao fornecimento de informação por parte dos profissionais de saúde, sendo esta insuficiente e não oportuna em relação ao momento que a mulher estava a passar (Baeza et al. 2020). Como também podemos ver na investigação levada a cabo por Reitmanova & Gustafson, (2007), para estas mulheres, a informação era limitada ou não tinha a especificidade cultural e religiosa necessária para satisfazer as suas necessidades. Sendo que poucas participantes receberam informações suficientes sobre os procedimentos do parto e o controlo da dor, descrevendo que os enfermeiros presumiram que tinham recebido essas informações dos seus médicos de família ou durante os programas pré-natais. Desta forma, a informação e as práticas relativas aos cuidados de saúde na maternidade, concebidas para satisfazer as necessidades das mulheres do país de origem, careciam de flexibilidade para satisfazer as necessidades das mulheres imigrantes.

Por outro lado, na perspetiva de algumas das participantes a barreira linguística e a falta de competência que apresentavam para a língua do país de acolhimento, dificulta as interações com os profissionais de saúde, sendo que esta situação poderia levar a mal-entendidos entre ambos (Degni et al. 2020). Também na investigação realizada por Doering et al. (2015), algumas participantes destacaram a dificuldade de se exprimirem numa língua diferente quando se encontram em situações stressantes e emocionais como o parto, apesar de não terem problemas em falar inglês no seu quotidiano.

A dificuldade na comunicação, relatada como a não compreensão de termos médicos ou a habilidade na língua do país de acolhimento, levou à sensação de não ser ouvida e compreendida, barreira que era transposta à medida que a equipa profissional adaptava sua fala. Estes dados corroboram os resultados de outros autores na literatura, que revelam que as mulheres migrantes referem não compreender bem a terminologia médica (Balaam, et al. 2013). Apesar de algumas participantes falarem a língua do país de acolhimento, registrou-se a sua preferência em comunicar-se na língua materna (Supimpa et al. 2023). Porém, os dados também nos revelam que, a barreira linguística, nem sempre interferiu com a perceção positiva e satisfatória dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. Várias participantes, que não dominavam a língua do país de acolhimento, ficaram satisfeitas com as atitudes e comportamento social dos enfermeiros obstetras. Inclusive, uma das participantes declarou que não sentia diferença no tratamento entre as mulheres imigrantes e as mulheres nativas do país em questão, referindo que eram tratadas da mesma forma e que as enfermeiras obstetras as ouviam e lhes davam apoio (Degni et al. 2020).

Outro dado interessante relaciona-se com o medo em relação ao parto. Este é transversal a todas as mulheres, mas é quase três vezes maior entre as mulheres imigrantes comparativamente às mulheres nativas do país de acolhimento, podendo constituir também uma barreira nos cuidados (Ternstrom et al. 2014). Contrapondo-se ao medo no ato de parir, no estudo realizado por Oliveira et al. (2017), demonstra a satisfação no ato de parir em Portugal, reconhecendo positivamente o trabalho dos profissionais da área da saúde portugueses. Para as grávidas deste estudo, de um modo geral, a dimensão afetivo-relacional foi considerada a mais importante nesta fase das suas vidas. Neste contexto, existe o destaque para os enfermeiros obstetras, com os quais as mulheres mantiveram maior contato. A dimensão afetivo-relacional aparece de forma expressiva nas entrevistas, estando interligada à relação de confiança estabelecida entre os profissionais de saúde e as grávidas. Nas entrevistas foram valorizados: o diálogo franco, apoio, interesse, conforto, bom acolhimento e atenção recebidos. Esta dimensão do cuidado foi muito significativa para as mulheres imigrantes, principalmente por se sentirem fragilizadas, com medo e inseguras.

Assim, para as participantes, o cuidado prestado pelos profissionais foi vital por estarem longe do seu país de origem e da sua rede de apoio. Pelo contrário, no mesmo estudo, conseguimos perceber que existe um número mais reduzido de mulheres que não passou pela mesma experiência e que considerou que não existiu compreensão dos seus sentimentos de insegurança na hora do parto, e sentiram que não foi considerado o medo de estar num sítio estranho e desconhecido, com regras e pessoas desconhecidas (Oliveira et al. 2017).

Um achado muito interessante foi o facto de que a maioria das mulheres imigrantes apreciou ter sempre a mesma parteira nas suas consultas pré-natais e valorizou a relação estabelecida (Filby et al. 2020). Este dado está em concordância com vários autores encontrados na literatura, que referem que a continuidade dos cuidados aumenta a satisfação das mulheres imigrantes com os cuidados de saúde materna e obstétrica (Sandall, et al. 2016).

Através da análise, observa-se que, a qualidade dos cuidados interculturais percebida pelas mulheres imigrantes depende da qualidade das relações estabelecidas e mantidas entre as mesmas e os seus prestadores de cuidados e não da forma como se lida com as diferenças culturais durante a prestação de cuidados. Para as mulheres imigrantes, é essencial que o enfermeiro obstetra preste atenção à forma como elas se sentem durante os cuidados, muito mais do que em relação às questões culturais inerentes (Degrie et al. 2020). Os dados mostram que, prestadores de cuidados emocionalmente indisponíveis, criavam a dúvida de que essa distância se pudesse dever à diferente cultura, ou pela maneira de vestir ou, ainda, pela barreira linguística podendo, desta forma, o distanciamento profissional ser visto como discriminação, mesmo que este não o fosse (Degrie et al. 2020).

Algumas mulheres, descrevem que sofreram discriminação, insensibilidade e falta de conhecimento sobre as suas práticas religiosas e culturais. Para elas, a informação e as práticas relativas aos cuidados de saúde na maternidade, concebidas para satisfazer as necessidades das mulheres nativas, careciam de flexibilidade para satisfazer as necessidades das mulheres imigrantes (Reitmanova & Gustafson, 2007), como, por exemplo, no caso específico das mulheres muçulmanas: a preferência pela figura feminina na prestação de cuidados. Este este aspeto é, muitas vezes, desvalorizado, levando a que estas mulheres apresentem sentimentos de mal-estar e desconforto durante o trabalho de parto (Reitmanova & Gustafson, 2007). Estes dados vão ao encontro de alguns resultados que encontramos na literatura, onde se observa que os cuidados são afetados quando as mulheres não se sentem bem tratadas ou quando se sentem discriminadas (Small, et al. 2014; Wikberg, & Bondas, 2010), e, pelo contrário, profissionais de saúde disponíveis, amáveis e empáticos são valorizados (Balaam, et al. 2013; Small, et al. 2014; Wikberg, & Bondas, 2010).

Outros dados comprovam que existem, por vezes, dificuldades por parte de alguns técnicos de saúde em ter em conta os sistemas de crenças das comunidades imigrantes e de faltar sensibilidade para os hábitos e costumes das minorias étnicas (Oliveira et al. 2017). Por outro lado, também existem resultados contrários, demonstrando que as mulheres nativas e as imigrantes eram tratadas da mesma forma e que as enfermeiras obstetras as ouviam e lhes davam apoio adequado à sua cultura (Degni et al. 2020). Estes dados corroboram com os encontrados na literatura, que apontam para a necessidade de os profissionais de saúde receberem educação e formação em cuidados culturalmente competentes, para melhor identificarem as expectativas das mulheres em relação aos cuidados e para compreenderem e responderem adequadamente às necessidades das mulheres relacionadas com o seu contexto cultural, com a finalidade de garantir cuidados de maternidade eficazes e reduzir as barreiras no acesso aos cuidados (Lin, Wu, & Hsu 2019).

Foram usadas palavras como “humanização” para descrever os cuidados prestados pelos profissionais de saúde ligando este conceito à simpatia e ao respeito no cuidado. Demonstrou-se satisfação com o tratamento recebido pela equipa multidisciplinar, estando diretamente relacionado à perceção de ser cuidada, tendo o cuidado sido descrito como presença, atenção, escuta e ação do profissional, na sua maioria diante de momentos de vulnerabilidade e dor (Supimpa et al. 2023). Os dados analisados realçam a satisfação das mulheres imigrantes, em relação ao momento do parto, vivido em Portugal, reconhecendo positivamente o trabalho dos profissionais de saúde portugueses. Para as mulheres, de maneira geral, os enfermeiros obstetras, foram cruciais, evidenciando a dimensão afetivo-relacional dos mesmos e a relação de confiança estabelecida (Oliveira et al. 2017).

O estudo dirigido por Filby et al (2020), corrobora os resultados obtidos pelos anteriores autores, para estas participantes, as suas experiências positivas com os profissionais de saúde geraram um sentimento geral de gratidão que se refletiu nos seus elogios a cada elemento do serviço. Todas destacaram o respeito e a amabilidade dos prestadores de cuidados, demonstrando apenas que os aspetos negativos que persistem na perceção dos cuidados de enfermagem por parte das mulheres imigrantes não são em relação à competência dos enfermeiros, mas sim, de aspetos estruturais do sistema de saúde e de apoio social e financeiro.

Conclusão

Viver a maternidade num país que não o seu de origem, produz vivências que, por vezes, são difíceis e que determinam o modo como as mulheres percecionam essas experiências.

Algumas características como: o país de origem, a identidade cultural e étnica, as condições de migração, as situações jurídicas e laborais, entre outras, determinam a maneira como as mulheres imigrantes vivem esta fase das suas vidas. Também o medo relacionado com o parto é superior nas mulheres imigrantes, denotando-se desta forma, a vulnerabilidade destas mulheres pelo que, há uma maior necessidade de apoio, culturalmente sensível, direcionado por parte do enfermeiro obstetra.

Desta forma, compreende-se a necessidade da abordagem centrada na pessoa durante o processo de prestação de cuidados, onde o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica deve colaborar com as mulheres de forma a prestar cuidados personalizados tendo em conta as preferências, necessidades e valores culturais.

Nos dias de hoje, torna-se essencial que o enfermeiro obstetra seja capaz de criar e estabelecer uma relação de cuidados forte, quando presta cuidados interculturais. Uma vez que, o principal aspeto valorizado pelas mulheres imigrantes são as interações estabelecidas com os seus prestadores de cuidados. Surge assim, a mudança na forma como se perspetiva a “cultura”, passando de “cultura individual isolada” para uma “cultura inter-relacional” que surge das interações estabelecidas. O contexto cultural emerge, desta maneira, como um sistema de significado essencial que acrescenta ao processo de cuidados uma carga emocional, moral ou simbólica, às interações entre as mulheres imigrantes e os profissionais de saúde bem como, às expectativas e interpretações das mulheres sobre os cuidados (Degrie et al. 2020).

A linguagem e a comunicação são pontos centrais relativamente à perceção e à experiência da prestação de cuidados de saúde, que as mulheres imigrantes têm e vivenciam no país de acolhimento. A comunicação tem a possibilidade de criar um canal de troca, facilitador do cuidado entre a enfermeira obstetra e a parturiente (Supimpa et al. 2023). A dificuldade de se exprimirem numa língua diferente quando se encontram em situações stressantes e emocionais como o parto torna clara a necessidade de compreensão dos diferentes valores culturais por parte do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. Esta compreensão permite que o enfermeiro obstetra promova a discussão das emoções e desejos das mulheres imigrantes relativamente à sua experiência de parto. Desta forma, promove-se que as mulheres tomem decisões informadas e também se sintam apoiadas em relação às suas escolhas, podendo elas ser baseadas em conhecimentos provenientes da sua história cultural.

As mulheres imigrantes constituem, por si, desafios aos profissionais de saúde no que às suas necessidades concerne pois, estas podem ser diferentes das necessidades das

mulheres nativas do país de acolhimento. Nomeadamente em relação às suas práticas religiosas e culturais no parto, podendo o profissional de saúde correr o risco de demonstrar insensibilidade e falta de apoio quando negligencia ou apresenta falta de conhecimento sobre estes aspetos (Reitmanova & Gustafson, 2007).

Ao olhar a mulher imigrante devemos ter em consideração e compreender a simbologia envolvida no momento do parto, do nascimento, da dor, de forma a cuidar com paciência e abraçar a sua complexidade. A comunicação, o apoio, a presença física, o respeito e a dignidade são valores irrefutáveis que devem ser defendidos pelo enfermeiro obstetra, na sua assistência à parturiente imigrante.

A experiência das mulheres imigrantes, em relação ao momento do parto, num país que não o seu de origem, é afetada pela qualidade da assistência prestada no parto. Cuidados de enfermagem de qualidade no trabalho de parto e nascimento influenciam a perspetiva das mulheres em relação a esse momento. Assim, uma boa comunicação, sensibilidade cultural e uma postura acolhedora das necessidades da mulher, confere ao enfermeiro a possibilidade de melhor cooperar e trabalhar junto da mulher imigrante, uma vez que esta se sente mais segura e confiante.

Agradecimentos

Agradeço toda a orientação pedagógica e tutorial ao longo deste percurso que permitiu a construção desta *Scoping Review*.

Financiamento

Não aplicável.

Conflito de interesses

Nada a declarar.

Referências Bibliográficas

- Baeza, F., Cilveti, C., Fernández, M., Purcell, V., Vásquez, C. & Hernández, G. (2020). Significado de la experiencia del embarazo, parto y puerperio en la mujer migrante en Chile. *Matronas Prof.* 2019/2020; 20(4)/21(1): 13-19
- Balaam, M., Akerjordet, K., Lyberg, A., Kaiser, B., Schoening, E., Fredriksen, A., et al. (2013) A qualitative review of migrant women's perceptions of their needs and experiences related to pregnancy and childbirth. *Journal of Advanced Nursing*; 69(9):1919–1930. <https://doi.org/10.1111/jan.12139> PMID: 23560897
- Bezerra, M. & Cardoso, M. (2006) - Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 4, Nº 3 (Maio/Junho 2006). P. 414-421.
- Bio, E. et al (2006). Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia*, 28, p. 671-679.
- Degni, F., Suominen, S., Ansari, W., Vehvilainen-Julkunen, K. & Essene, B. (2014). Reproductive and maternity health care services in Finland: perceptions and experiences of Somali-born immigrant women. *Ethnicity & Health*, 2014 Vol. 19, No. 3, 348 366, <http://dx.doi.org/10.1080/13557858.2013.797567>
- Degrie, L., Casterle, B., Gastmans, C. & Denier, Y. (2020). “Can you please hold my hand too, not only my breast?” The experiences of Muslim women from Turkish and Moroccan descent giving birth in maternity wards in Belgium. *PLoS ONE* 15(7): e0236008. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236008>
- Doering, K., Patterson, J. & Griffiths, C. (2015). Experience of the New Zealand maternity care system by a group of Japanese women in one centre. *New Zealand College of Midwives Journal*, Issue 51.
- Domingos, A. (2019). Competência Cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Figueiredo, N.S.V., et al (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *Revista, Juiz de Fora*, 36 (4), 296-306.
- Filby, A., Robertson, W. & Afonso, E. (2020). A service evaluation of a specialist migrant maternity service from the user's perspective. *British Journal of Midwifery*, September 2020, Vol 28, No 9.
- Fonseca, L., Esteves, A., McGarrigle, J., & Possidónio, D. (2009). Country Report on National Data Collection Systems and Practices in Portugal. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Lisboa.

- Funai, E. & Norwitz, E. (2017). Management of normal labor and delivery. Retrieved from Wolters Kluwer: UpToDate.
- Garneau, A. B., & Pepin, J. (2015). A constructivist theoretical proposition of cultural competence development in nursing. *Nurse Education Today*, 35(11), 1062–1068. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.019>.
- Gonçalves, L.M.C. (2012). A pessoa em situação crítica e o cuidado de enfermagem transcultural. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa. Acedido em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9498>
- Hamidzay A. (2018). LinkedIn. What is cultural sensitivity?. Retrieved November 26, 2022, from <https://www.linkedin.com/pulse/what-cultural-sensitivity-abdulmarof-hamidzay/>
- International Confederation of Midwives (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice: 2019 Update. Retrieved November 26, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- International Organization for Migration (2010) - World Migration Report 2010 - The Future of Migration: Building Capacities for Change. Geneva: International Organization for Migration. Acedido a 18/06/2011. Disponível em http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf.
- International Organization for Migration (2024). About migration. Em linha: Definition of Migration and Migrant | IOM, UN Migration
- International Organization for Migration (2024). Data and Research. Em linha: Migration Data and Research | IOM, UN Migration
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (2nd Ed.). New York: McGraw-Hill, Inc
- Leininger, M. (2001). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Lin, M., Wu, C., & Hsu, H. (2019). Exploring the experiences of cultural competence among clinical nurses in Taiwan. *Applied Nursing Research*, 45, 6–11.
- Matlin, S., Depoux, A., Schutte, S., Flahault, A., Saso, L. (2018). Migrants' and refugees' health: towards an agenda of solutions. *Public Health Reviews*; 39:27
- Oliveira, E., Lopes, R., Cavalcante, M., Felix, T., Neto, F. & Moreira, R. (2017). Parimos em Portugal: a vivência do serviço de saúde por imigrantes brasileiras. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1194

- Ramos, N. (2008) - Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. ISBN 978-85-7745-205-0
- Reis, A. dos, & Costa, M. (2014). Cuidar de Imigrantes: das interações em contexto à construção de competências culturais nos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV - n.º 2*, 61-69
- Reitmanova, S. & Gustafson, D. (2007). "They Can't Understand It": Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John's, Newfoundland. Published Online in 2007. *Matern Child Health J* (2008) 12:101–111. DOI: 10.1007/s10995-007-0213-4
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 4). Art. No.: CD004667.
- Small, R., Roth, C., Raval, M., Shafiei, T., Korfker, D., Heaman, M. et al. (2014). Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 14:152. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152> PMID: 24773762
- Santiago, C. (2009). Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante. Universidade Aberta, Lisboa.
- Supimpa, L., Souza, S., Prandini, N., Andreatta, D., Trigueiro, T., Paviani, B. (2023). Immigrant women's experience of labor and birth. *Rev Esc Enferm USP*. 57 (spe): e20220444. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. & Rubertsson, C. (2014). Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women– Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 31. 445-450. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011>
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*.
- Wikberg, A.& Bondas, T. (2010). A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*; 5(1):1– 15.