



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

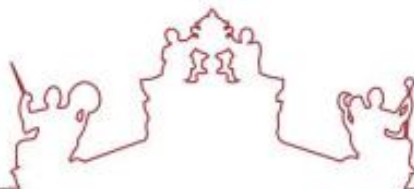
Relatório de Estágio

**Violência Doméstica na Gravidez: O Enfermeiro Obstetra na
Sensibilização e Empoderamento das Mulheres**

MAXIMIANO DA SILVA

Orientador(es) | Mónica Antunes

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

**Violência Doméstica na Gravidez: O Enfermeiro Obstetra na
Sensibilização e Empoderamento das Mulheres**

MAXIMIANO DA SILVA

Orientador(es) | Mónica Antunes

Évora 2026





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Arguente)
Mónica Antunes (Universidade de Évora) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Quero manifestar o meu sincero reconhecimento a todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização deste estágio e para o meu desenvolvimento académico e profissional.

Em primeiro lugar, um especial agradecimento à Professora Mónica Antunes, minha orientadora, pela sua disponibilidade, orientação rigorosa e incentivo constante. O seu conhecimento, paciência e dedicação foram fundamentais para o sucesso deste percurso.

Às enfermeiras supervisoras clínicas e às equipas multidisciplinares das instituições onde realizei o estágio, o meu enorme obrigado pela partilha de conhecimentos, pela oportunidade de aprendizagem e pela forma calorosa como me integraram no vosso quotidiano profissional.

À minha família, pelo apoio incondicional, compreensão e motivação em todos os momentos, o meu mais sincero reconhecimento. Sem o vosso carinho e estímulo, este desafio não teria sido possível.

Aos amigos e colegas, que acompanharam este percurso com partilhas, conselhos e momentos de descontração, o meu agradecimento pela cumplicidade e pelo apoio mútuo.

Por fim, a todos os que, de alguma forma, contribuíram para esta experiência enriquecedora, o meu sincero reconhecimento.

TÍTULO: “Violência Doméstica na Gravidez: O Enfermeiro Especialista na Sensibilização e Empoderamento das Mulheres”

Resumo

Introdução: Este Relatório de Estágio apresenta uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências gerais do Enfermeiro Especialista, das competências específicas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e das competências académicas associadas ao grau de Mestre. O percurso é descrito a partir das atividades realizadas nos diferentes contextos de ensino clínico. O estudo é sustentado na Teoria Humanística-Existencial do Cuidado de Jean Watson, que entende o paciente como um ser integral, englobando dimensões físicas, emocionais, espirituais e existenciais.

Objetivo: Realizar uma análise reflexiva sobre a aquisição de competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com vista ao reforço da identificação precoce, intervenção e prevenção da violência doméstica no período pré-natal, valorizando a sensibilização e o empoderamento das grávidas.

Metodologia: Abordagem prática-reflexiva, sustentada no modelo de aprendizagem experiencial e no desenvolvimento de competências clínicas em contextos reais de prática.

Resultados: Destaca-se a sensibilização de profissionais de saúde para a problemática da violência doméstica na gravidez, através de momentos de partilha e reflexão crítica. Foi igualmente realizada formação dirigida a profissionais, promovendo a aquisição de conhecimentos e estratégias de atuação. Paralelamente, verificou-se o empoderamento das grávidas, através da disponibilização de informação clara sobre os seus direitos, recursos de apoio e mecanismos de proteção. **Conclusão:** Os objetivos estabelecidos foram alcançados, confirmando que as competências desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, reforçando o papel do Enfermeiro Especialista na promoção da autonomia e proteção das mulheres em situação de vulnerabilidade.

Descritores (DeCS) / Palavras-chave: Violência doméstica; Gravidez; Empoderamento; Enfermeiro especialista; saúde materna.

TITLE: Domestic Violence in Pregnancy: The Specialist Nurse in Raising Awareness and Empowering Women

Abstract

Introduction: This Internship Report presents a critical reflection on the development of the general competencies of the Specialist Nurse, the specific competencies in Maternal and Obstetric Health Nursing, as well as the academic competencies required for the Master's degree. The learning path is described through the activities carried out in different clinical teaching contexts. The study is grounded in Jean Watson's Humanistic-Existential Theory of Caring, which views the patient holistically, encompassing physical, emotional, spiritual, and existential dimensions. **Objective:** To promote awareness and empowerment of pregnant women in situations of domestic violence, highlighting the role of the Specialist Nurse in the early identification, intervention, and prevention during prenatal care, with a focus on women's protection and autonomy. **Methodology:** A practice-reflective approach, based on the experiential learning model and the development of clinical competencies in real practice settings. **Results:** The project contributed to raising awareness among health professionals about the issue of domestic violence in pregnancy, through opportunities for sharing and critical reflection. Training sessions were also conducted with professionals, fostering the acquisition of knowledge and strategies for action. In parallel, the empowerment of pregnant women was promoted by providing clear information on their rights, available support resources, and protection mechanisms. **Conclusion:** The set objectives were achieved, confirming that the competencies developed contributed to improving the quality of nursing care, thereby reinforcing the role of the Specialist Nurse in promoting the autonomy and protection of women in vulnerable situations.

Descriptors (DeCS) / Keywords: Domestic violence; Pregnancy; Empowerment; Specialist nurse; Maternal health.

Abreviaturas e Siglas

ACES- Agrupamentos dos Centros de Saúde

BP- Bloco de Partos

CTG- Cardiotocografia

ECTS - European Credit Transfer System

EESMO- Enfermeiro/a Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ENP - Estágio de Natureza Profissional

ENPRF - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

EU- Universidade de Évora

MCDT- Meio Complementares de Diagnóstico e Tratamento

OMS- Organização Mundial de Saúde

PTM- Protocolo de Triagem de Manchester

RCCU- Rastreio de Cancro do Colo do Útero

RCM- Rastreio de Cancro da Mama

RN- Recém-nascido

SUOG- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TP- Trabalho de parto

UAG- Unidade de Apoio e Gestão

UC- Unidade Curricular

UCC- Unidade e Cuidados na Comunidade

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD- Unidade de Internamento de Curta Duração

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

ULS A/S – Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra

Índice

INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	13
1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS UNIDADE B	15
1.1.1 Consulta de Diagnóstico Pré-Natal	16
1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS UNIDADE S	16
1.2.1. Consultas de Medicina Materno-Fetal	17
1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS UNIDADE F	18
1.3.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.....	18
1.3.2. Bloco de Partos	20
1.3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	21
1.3.4. Serviço de Internamento de Puerpério	21
1.4. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	22
1.4.1. Objetivos do estágio de natureza profissional	22
1.4.2. População Alvo	23
1.4.3. Método de Aprendizagem.....	23
2. CONTRIBUTO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	25
2.1. REVISÃO NARRATIVA	25
2.2. METODOLOGIA.....	26
2.3. DEFINIÇÕES E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	27
2.3.1. Epidemiologia e Prevalência (Mundo e Portugal)	28
2.4. RESULTADOS	33
2.5. DISCUSSÃO	35
2.6. CONCLUSÃO	36
2.7. ANÁLISE DO RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA.....	37
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	40
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	40
3.2.1. Competência 1 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	41
3.2.2. Competência 2 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal	43
3.2.3. Competência 3 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto	46

3.2.4. Competência 4 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal.....	47
3.2.5. Competência 5 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério.....	49
3.2.6. Competência 6 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade que vivencia processos de saúde/doença ginecológica.....	50
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ÍNDICE APÉNDICES

Apêndice A: Modelo T-005 2**Erro! Marcador não definido.**

Apêndice B - Apresentação do Projeto na Unidade F 61

ANEXOS

Anexo A – CERTIFICADO DE POSTER 1.....**Erro! Marcador não definido.**

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 Pirâmide etária da população inscrita (2022).....16

INTRODUÇÃO

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) constitui uma unidade curricular prática, com 60 créditos ECTS, integrada no 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora. O estágio decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 30 de julho de 2025, distribuído por dois semestres: o primeiro em bloco de partos, cuidados de saúde primários e consultas externas de obstetria; o segundo em Bloco de Partos, Urgência Obstétrica e Ginecológica, Puerpério e, em regime de observação, na Neonatologia.

De acordo com os regulamentos do curso e da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019), este estágio pretende capacitar o estudante para prestar cuidados especializados à mulher, ao recém-nascido e à família, em diferentes fases do ciclo reprodutivo, promovendo responsabilidade ética, gestão da qualidade e desenvolvimento de competências profissionais. A escolha do tema “Violência Doméstica na Gravidez” justifica-se pela sua atualidade e relevância em Portugal, face ao impacto negativo na saúde da mulher, do feto e da família, bem como pelo papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) na sensibilização, deteção precoce e empoderamento das mulheres. Esta temática permitiu articular a componente teórica do relatório com as experiências práticas vivenciadas nos diversos contextos de estágio.

O projeto alinha-se com os valores do Mestrado, reforçando o compromisso ético e científico com a proteção da grávida e a promoção de cuidados humanizados. A gravidez, período de maior vulnerabilidade, constitui também uma oportunidade privilegiada para a identificação de situações de violência e para a intervenção precoce do enfermeiro. Este relatório não se limita à descrição dos contextos e das atividades desenvolvidas, procurando ainda refletir criticamente sobre as competências adquiridas, com especial ênfase no contributo do EESMO na sensibilização e no empoderamento das grávidas em situação de violência doméstica.

O objetivo geral deste relatório é realizar uma análise reflexiva sobre a aquisição de competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com vista ao reforço da identificação precoce, intervenção e prevenção da violência doméstica no período pré-natal, valorizando a sensibilização e o empoderamento das grávidas.

1. CONTEXTOS CLÍNICOS DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O estágio de enfermagem representa uma etapa fundamental na aprendizagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, pois possibilita a integração entre a teoria adquirida em sala de aula e a prática nos diversos cenários de atuação. No contexto da natureza profissional, o estágio é encarado como um momento de aprendizagem, reflexão e desenvolvimento de competências técnicas, éticas e humanísticas, essenciais para o exercício da enfermagem.

A natureza profissional da enfermagem fundamenta-se no cuidado humano, que envolve conhecimentos científicos, habilidades técnicas e uma postura ética e humanizada. Durante o estágio, o estudante de enfermagem tem a oportunidade de vivenciar situações reais de cuidado, o que contribui para a construção de sua identidade profissional e para o desenvolvimento de habilidades como a tomada de decisão, a comunicação eficaz e o trabalho em equipa (Brasil, 2017; Watson, 2012; Polit & Beck, 2018).

O estágio de natureza profissional define que a formação do enfermeiro tem como objetivo dotar o profissional dos conhecimentos necessários para o exercício de competências, entendidas como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, aplicando-os para resolver problemas e enfrentar situações imprevisíveis. Além disso, desenvolvem-se competências transversais como prestação de cuidados de saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, gestão de cuidados e compromisso com a formação contínua (Vieira et al., 2020). Segundo Polit e Beck (2018), a prática de enfermagem baseada em evidências é essencial para a qualidade do cuidado, e o estágio é um momento propício para que o estudante aprenda a aplicar esses princípios na assistência ao paciente.

Brasil (2017), em suas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, reforça a importância do estágio como um espaço de integração entre ensino, pesquisa e extensão, visando à formação de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com a saúde da população. Watson (2012), em sua Teoria do Cuidado Humano, destaca a importância da relação enfermeiro-paciente, baseada no respeito, na empatia e na compaixão. O estágio permite ao estudante

desenvolver essas habilidades, essenciais para uma prática de enfermagem humanizada e centrada no paciente.

Este capítulo compreende a caracterização do contexto dos campos clínicos que decorreram do Estágio de Natureza Profissional (ENP), com enquadramento clínico e metodológico que se desenvolveu na Unidade B, Unidade S e Unidade F, descreve os diferentes espaços físicos das atividades, ações, estruturas, recursos humanos e materiais disponíveis em cada unidade de saúde.

O estágio de natureza profissional foi desenvolvido em vários contextos. O estágio de seis semanas na Unidade B, de 16 de setembro a 26 de outubro de 2024. O Estágio de seis semanas de grávidas patológicas e ginecologia realizados na Unidade S de 28 de Outubro a 6 de dezembro de 2024, o estágio de seis semanas em bloco de partos realizados na Unidade F de 09 de dezembro de 2024 a 31 de Janeiro de 2025, o estágio de quatro semanas de bloco de partos na Unidade F de 10 Fevereiro a 07 Março, foram realizados no bloco de partos na Unidade F o estágio de oito semanas no bloco de parto na Unidade F de 10 de Março a 10 de Maio, o estágio de seis semanas no puerpério de 16 de junho a 20 de julho na unidade F. O estágio de uma semana de observação em neonatologia foi realizado na Unidade F de 16 de junho a 20 de junho de 2025. O ENP foi realizado nas diferentes Unidades de Saúde, conforme ilustra no quadro a seguir.

Tabela 1 - Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional

1º SEMESTRE			
PERÍODO	SERVIÇO	LOCAL	DURAÇÃO
16/09/2024 á 25/10/2024	Consulta Pré-Natal	Unidade B	6 semanas
28/10/2024 á 06/12/2024	Grávidas patológicas	Unidade S	6 semanas
09/12/2024 á 31/01/2025	Bloco de Partos	Unidade F	6 semanas
2º SEMESTRE			
10/02/2025 á 07/03/2025	Bloco de partos	Unidade F	4 semanas
10/03/2025 á 10/05/2025	Bloco de partos	Unidade F	8 semanas

16/06/2025 á 20/07/2025	Puerpério	Unidade F	4 semanas
16/06/2025 á 20/06/2025	Neonatologia	Unidade F	1 semana

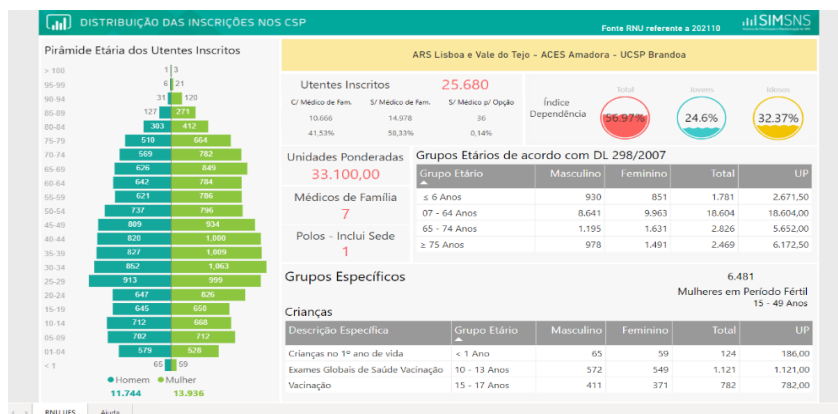
Fonte: Elaborado pelo Próprio

1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS UNIDADE B

A Unidade B encontra-se integrada num ACES da região e tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde personalizados aos utentes inscritos, garantindo acessibilidade, continuidade e globalidade, de acordo com o Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro, art. 10.º A unidade é constituída por uma equipa multidisciplinar, composta por enfermeiros, médicos, assistentes técnicos e operacionais, organizada por áreas assistenciais conforme os diferentes programas de saúde. A equipa de enfermagem é composta por 12 profissionais. A Unidade B articula-se com as diferentes unidades funcionais do ACES, que cooperam e inter-relacionam-se com USF, URAP, USP, UCC, UAG. Com 25.680 utentes inscritos, a população caracteriza-se por ser heterogénea e multicultural, refletindo diferentes comunidades estrangeiras e uma diversidade de contrastes culturais, religiosos, hábitos, valores e estilos de vida, exigindo adaptação na prestação dos cuidados.

A pirâmide etária evidencia envelhecimento da população, prevalência do género feminino e um número significativo de adultos, aumentado devido ao fluxo migratório. Este envelhecimento associa-se à necessidade de cuidados regulares, elevando o fluxo diário de utentes. A equipa de enfermagem presta cuidados a utentes com e sem médico de família, incluindo inscrições primárias e esporádicas. O número de utentes esporádicos não é calculável, mas estima-se em várias centenas; com 27.664 utentes inscritos e 68,49% sem médico atribuído, não é possível implementar o modelo de enfermeiro de família segundo as dotações preconizadas (1.550 utentes por enfermeiro).

Figura 1 Pirâmide etária da população inscrita (2022)



Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BICSP)

1.1.1 Consulta de Diagnóstico Pré-Natal

A atividade de enfermagem na área da saúde reprodutiva, no biénio, compreendeu consultas conexas às consultas médicas, que toda a equipa está apta a realizar, e consultas autónomas conduzidas por enfermeiros especialistas (EESMO). Estas consultas incluíram vigilância da gravidez, puerpério e planeamento familiar de mulheres sem médico de família. Em 2019, foram seguidas 119 grávidas, realizadas 724 consultas de saúde materna e 245 consultas de puerpério.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, 31 grávidas participaram no Curso de Preparação para a Parentalidade. Todos os enfermeiros da Unidade B realizam consultas de enfermagem na área da Saúde da Mulher e Planeamento Familiar. A população em idade fértil (15–54 anos) representa 26,19%, tendo sido realizadas 1.547 consultas de planeamento familiar.

1.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS UNIDADE S

O hospital de referência localiza-se na freguesia de Alvalade, Lisboa, integrando a unidade de saúde local e o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Está afiliado à Faculdade de Medicina e ao Instituto de Medicina Molecular, no âmbito de um protocolo de ação e atendimento assinado em 8 de dezembro de 2008.

O Serviço de Obstetria realiza atendimentos especializados em casos como doenças pré-existentes da mãe, situações de aborto ou gravidez que não evolui, exames

de diagnóstico antes do nascimento, cuidados em medicina fetal, manobras de versão cefálica externa, problemas relacionados com a inserção anormal da placenta, indução do parto, ecografias durante o trabalho de parto e vigilância do bem-estar do bebé nesse período. Em relação às doenças maternas e ao diagnóstico pré-natal, o serviço também oferece apoio às zonas Sul e Oeste do país.

A implementação do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia ocorreu após a inauguração do hospital, então denominado Hospital Escolar, em 8 de dezembro de 1954. O serviço visava apoiar o ensino da Clínica de Obstetrícia e Ginecologia, ocupando os pisos 4, 5 e 6, sendo este último abrangido pelo bloco de partos. Realizavam-se consultas e internamentos de Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, com urgência disponível 24 horas.

1.2.1. Consultas de Medicina Materno-Fetal

A consulta de baixo risco garante o acompanhamento de grávidas com gestações sem complicações, incluindo funcionárias do hospital e mulheres encaminhadas pelos cuidados de saúde primários, especialmente na fase final da gravidez. Já a Consulta de Medicina Materno-Fetal é dedicada a casos mais complexos, como doenças que a mãe já tinha antes da gravidez, condições específicas que surgem durante a gestação e situações com maior probabilidade de problemas no bebé. Esta consulta é feita por uma equipa multidisciplinar, com o apoio de especialistas em áreas como Endocrinologia, Genética, Reumatologia, Imunoalergologia, Infecçologia, Nefrologia e Cardiologia Pediátrica.

A Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez garante cuidados assistenciais a mulheres que optam por interromper a gravidez. A urgência de Obstetrícia e Ginecologia assegura atendimento permanente a situações obstétricas e ginecológicas urgentes. A Unidade de Ecografia e Diagnóstico Pré-Natal realiza ecografias da gravidez e técnicas de diagnóstico pré-natal. O internamento de Obstetrícia presta cuidados a grávidas que necessitam de internamento, maturações cervicais e observação de curta duração (CHLNMINSAUDE, 2022).

1.3. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS UNIDADE F

A Unidade F, situada na Serra de Carnaxide, freguesia da Venteira, no concelho da Amadora, foi inaugurada em 21 de junho de 1995, recebendo a designação em homenagem ao médico português Fernando Fonseca. A Unidade F constitui uma unidade local de saúde (ULS A/S), integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), que alia a competência dos seus profissionais às práticas médicas mais modernas, respondendo às necessidades de uma área com elevada densidade populacional e diversidade sociocultural, abrangendo mais de 600 mil habitantes residentes nos concelhos da Amadora e de Sintra. A Unidade F orienta-se pelos seguintes objetivos: garantir cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e em tempo adequado; assegurar, em todas as fases do processo assistencial, a segurança da pessoa doente; promover a sustentabilidade económica e financeira, assegurando a eficiência na gestão dos recursos e a efetividade nos resultados alcançados, em consonância com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) e com o Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93).

1.3.1. Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

O SUOG integra o Departamento da Mulher, que se encontra inserido na Unidade F, unidade pluridisciplinar diferenciada. O Departamento da Mulher iniciou atividade em 1 de junho de 1996, sob a direção da Doutora Teresa Pragana. Era constituído pelos Serviços de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Bloco de Partos, Ginecologia e Obstetrícia. Atualmente, o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) contempla a vertente de ambulatório (admissão/triagem) e o internamento na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) ou no Bloco de Partos (BP). O SUOG possui capacidade para prestar cuidados diferenciados e multidisciplinares na área da ginecologia e obstetrícia. O cuidado materno-fetal, articulado com a especialização em neonatologia, classifica a Unidade F como hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. No âmbito da atividade do SUOG, destacam-se igualmente a urgência interna (apoio aos internamentos de Obstetrícia e Ginecologia, aos fins de semana e feriados, bem como nos dias úteis entre as 14h00 e as 08h00) e a atividade cirúrgica programada, maioritariamente cesarianas eletivas.

A atividade assistencial do SUOG orienta-se para acompanhar o trabalho de parto/parto, assim como diagnosticar, tratar e encaminhar patologias urgentes ou emergentes no âmbito da especialidade de obstetrícia e ginecologia. A diversidade de

patologias que caracterizam estas áreas, frequentemente de evolução aguda e grave, é apoiada pelo Serviço de Anestesiologia, Serviço de Neonatologia, Serviço de Sangue e Medicina Transfusional, Unidades de Cuidados Intensivos, Bloco Operatório Central e serviços de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), entre outros. O SUOG dispõe de uma equipa constituída por profissionais de várias áreas, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de ação médica e administrativos, com suporte de anestesiológicos e neonatologistas. A missão do SUOG é prestar cuidados de saúde de qualidade, eficazes e satisfatórios, além de promover o ensino e a investigação. As grávidas e parturientes com declaração médica estão isentas de taxas moderadoras, enquanto as restantes devem pagar, salvo isenções. A Unidade F destaca-se pela maternidade e equipa multidisciplinar, garantindo segurança à mãe e ao recém-nascido com atendimento contínuo e resposta a emergências. O SUOG encontra-se estruturado em três áreas funcionais: Urgência Obstétrica e Ginecológica, UICD e BP.

Admissão

A área de admissão corresponde a um espaço administrativo, localizado junto ao Serviço de Urgência Geral, onde o assistente administrativo procede à recolha dos dados identificativos da utente (nome completo, morada, telefone, entidade responsável, entre outros), para inserção no sistema informático, impressão das etiquetas do episódio de urgência, emissão de declarações de presença e notas de débito, bem como recibos de pagamento de taxas moderadoras. As utentes são admitidas mediante inscrição, passando por triagem, na qual recebem prioridade de atendimento de acordo com a situação clínica.

Triagem

A triagem é realizada por um EESMO, com formação em PTM e experiência superior a seis meses, através de pulseiras coloridas que indicam o tempo máximo de espera para atendimento. O EESMO pode internar grávidas em fase ativa de trabalho de parto e/ou com rotura espontânea da bolsa de águas, comunicando à equipa médica. Nas restantes situações, a avaliação clínica é efetuada pela equipa médica de urgência. Em casos de risco e/ou emergência, o encaminhamento da utente deve ser imediato. Os procedimentos inerentes ao internamento devem ser adiados até a estabilização da situação, garantindo a segurança da utente. Em caso de agravamento clínico, o EESMO reavalia a prioridade de triagem.

Internamento

O internamento dispõe de uma unidade para gravidez de curta duração, uma sala com três camas, um bloco de pequena cirurgia e um recobro com quatro camas. Esta unidade abrange situações de internamento de curta duração de grávidas (com menos de 22 semanas) e de utentes de foro ginecológico.

1.3.2. Bloco de Partos

O Bloco de Partos é constituído por seis salas de trabalho de parto, duas salas de parto, dois blocos operatórios (cesariana) e uma sala de recobro. Após o internamento, a grávida é instalada num quarto individual de trabalho de parto, ou na sala de deambulação, em caso de aguardar cesariana programada. Estas salas dispõem de material e equipamento adequados para vigilância e condução do trabalho de parto. Durante o internamento, a vigilância da grávida e a avaliação da evolução do trabalho de parto são asseguradas pelas equipas médicas e de enfermagem, com registos periódicos, incluindo avaliação cardiotocográfica centralizada. São oferecidas medidas não farmacológicas de alívio da dor, como deambulação, mudança de posição, respiração e relaxamento, bola de pilates, bola amendoim, hidroterapia e musicoterapia. Medidas farmacológicas também são aplicadas mediante prescrição médica e consentimento da grávida, incluindo fármacos endovenosos ou analgesia epidural. É permitida e incentivada a presença de acompanhante, promovendo ambiente seguro. O parto humanizado é priorizado, permitindo à grávida indicar preferências num Plano de Parto considerado pela equipa.

O parto pode ser vaginal (eutócico, fórceps ou ventosa) ou cesariana, sendo a anestesia definida pelo anesthesiologista. Os cuidados imediatos ao recém-nascido são prestados pela equipa de enfermagem, com apoio da neonatologia, contactada em partos vaginais instrumentados, cesarianas ou situações clínicas específicas. Conforme a situação e vontade da mãe, é promovido o contacto pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. O alojamento conjunto é praticado e a vinculação precoce incentivada. Após o nascimento, são implementados procedimentos de segurança, como identificação do recém-nascido e pulseira eletrónica, prevenindo sequestros. A mãe e o recém-nascido permanecem em vigilância pós-parto durante duas horas, para deteção de complicações. Se ambos estiverem estáveis, são transferidos para o Serviço de Obstetrícia. Em caso de necessidade, a puérpera pode ser transferida para a UCI e/ou o recém-nascido para o Serviço de Neonatologia. Em situações de prematuridade, patologia

ou risco, o recém-nascido é transferido em incubadora de transporte, acompanhado por enfermeiro do SUOG e neonatologista. Em caso de morte fetal, a puérpera é transferida para o Serviço de Ginecologia e o corpo do recém-nascido encaminhado para a Casa Mortuária, conforme o PR.0347/E.SUOG - Feto morto com idade gestacional ≥ 22 semanas e/ou 500 g.

1.3.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O Serviço de Neonatologia da Unidade F, integrado na ULSAS, é referência nacional no cuidado a recém-nascidos prematuros e apoio às famílias. Possui uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) altamente especializada, atendendo cerca de 350 bebés por ano, incluindo grandes prematuros (menos de 32 semanas). Utiliza tecnologia avançada, como ventiladores invasivos e não invasivos, hipotermia terapêutica e fototerapia intensiva. Bebés abaixo de 32 semanas recebem nutrição parenteral até desenvolverem sucção, seguida de leite materno via sonda. Monitorizam-se complicações como hemorragia cerebral e retinopatia, com taxa de sobrevivência de 95% para prematuros de 1 kg, graças a corticoides pré-natais e surfactante pulmonar.

Os pais são integrados na equipa, com apoio psicológico e comunicação clara. Promove-se aleitamento materno e vínculo afetivo, reduzindo infeções e isolamento emocional. Em 2022, nasceram 2.680 bebés na Unidade F (10% prematuros, 90% grandes prematuros), taxa superior à média nacional (8%). O serviço alia excelência clínica, inovação tecnológica e suporte emocional, consolidando-se como centro de referência em neonatologia.

1.3.4. Serviço de Internamento de Puerpério

O Serviço de Internamento de Puerpério da Unidade F integrado na Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra (ULS A/S) assume um papel essencial na continuidade dos cuidados à mulher e ao recém-nascido após o parto. Inserido no Departamento da Mulher e da Criança, este serviço visa garantir uma transição segura e humanizada do parto para o período pós-natal, promovendo a recuperação física e emocional da puérpera e o fortalecimento do vínculo mãe-bebé.

O serviço dispõe de instalações modernas e adequadas às exigências assistenciais, com quartos de internamento equipados para o alojamento conjunto, o que permite o

contacto contínuo entre mãe e filho e favorece o início precoce do aleitamento materno. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, médicos obstetras, pediatras, auxiliares e assistentes operacionais, assegurando uma abordagem integral e personalizada às necessidades da díade. O enfermeiro especialista desempenha um papel central na vigilância clínica da puérpera e do recém-nascido, na prevenção de complicações e na promoção da autonomia materna através da educação para a saúde e do apoio à parentalidade.

Os cuidados prestados seguem orientações da Direção-Geral da Saúde e princípios da humanização do parto e nascimento, destacando-se a promoção do aleitamento materno exclusivo, a vigilância do bem-estar físico e psicológico da mulher, e a deteção precoce de sinais de infeção, hemorragia ou dificuldades na adaptação à maternidade. O serviço mantém articulação com a Neonatologia, o Bloco de Partos e os Cuidados de Saúde Primários, assegurando continuidade assistencial após a alta hospitalar.

No contexto da diversidade sociocultural característica da população da Amadora e de Sintra, o Serviço de Puerpério da Unidade F destaca-se pela sua capacidade de adaptação e pela implementação de cuidados culturalmente sensíveis, promovendo o respeito pelos valores, crenças e escolhas das famílias. O trabalho em equipa e a abordagem centrada na mulher e na família refletem o compromisso institucional com a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados, consolidando a Unidade F como uma referência regional nos cuidados de saúde materna e neonatal.

1.4. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1.4.1. Objetivos do estágio de natureza profissional

De acordo com a ficha da Unidade Curricular – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, apresentam-se os objetivos de aprendizagem definidos:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade:
 - a. no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b. no período pré-natal;
 - c. no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. nos vários estádios do trabalho de parto em situação de saúde/desvio de saúde;

- e. no período puerperal em situação de saúde/desvio de saúde;
- f. durante o período pós-natal;
- g. a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- h. demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes de teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.

3. Defender, através de um relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no estágio de natureza profissional.

1.4.2. População Alvo

O grupo de pessoas envolvido foi composto por mulheres e famílias da comunidade que receberam cuidados especializados de enfermagem em diversos ambientes clínicos, como os serviços de saúde primários, unidades de internamento para grávidas com complicações, serviços de ginecologia, cuidados no pós-parto e no bloco partos. Foram incluídas mulheres em idade reprodutiva, grávidas e puérperas, bem como os respetivos núcleos familiares, em situações relacionadas com planeamento familiar, maternidade e acompanhamento no pós-parto.

1.4.3. Método de Aprendizagem

A metodologia proposta para este estágio baseia-se numa abordagem holística, participativa e baseada em evidências, alinhada com as melhores práticas internacionais e nacionais. O estágio segue uma abordagem prática-reflexiva, baseada no modelo de aprendizagem experiencial (Kolb, 1984) e no desenvolvimento de competências clínicas (Benner, 1984). A metodologia inclui observação e participação ativa, integração em serviços de saúde materna e obstétrica (consulta pré-natal, serviço de grávidas/ginecologia, bloco de partos, puerpério, neonatologia). Observação e execução de procedimentos clínicos, como monitorização fetal, assistência ao parto, cuidados pós-parto e aleitamento materno. O estágio supervisionado é percebido pelos professores em formação inicial como experiência significativa para a formação profissional,

promovendo reflexão sobre a prática e o contexto escolar, desenvolvimento de repertório e reafirmação da escolha de carreira. Sugere-se maior articulação universidade-escola, planeamento integrado e participação ativa dos orientadores.

A supervisão clínica através do acompanhamento por um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, com feedback contínuo. Sessões de resumo pós-situações clínicas para análise crítica e melhoria contínua. Análise de casos clínicos reais, com aplicação de guidelines internacionais: Diretrizes da OMS, NICE, DGS-Portugal.

Treino de emergências obstétricas, hemorragia pós-parto, sofrimento fetal em ambiente simulado, seguindo protocolos baseados em evidências. Revisão Bibliográfica e Prática baseada em evidências através de pesquisas em bases de dados científicas PubMed, Google académico e SciELO para suportar decisões clínicas, avaliação contínua pelo enfermeiro supervisor, com base em grelhas de competências. Respeito pelos princípios éticos (autonomia, confidencialidade, beneficência) conforme o Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros e obtenção de consentimento informado em todas as intervenções.

2. CONTRIBUTO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

No âmbito do mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, a formação em Enfermagem exige um elevado grau de desenvolvimento académico e proficiência profissional, de modo a fomentar a expansão do conhecimento e a incorporação de novas perspetivas no exercício do cuidado clínico. No decurso da prática clínica, emergiu o interesse em aprofundar conhecimentos sobre o papel do Enfermeiro Especialista na identificação, sensibilização e empoderamento de mulheres grávidas vítimas de violência doméstica, reconhecendo a sua relevância na promoção da saúde materna, na proteção dos direitos da mulher e na mitigação das consequências adversas decorrentes destas experiências.

A assistência pré-natal pública na atenção básica é centrada em ações programáticas, com registos incompletos e condutas técnicas. Situações de violência doméstica, mesmo quando aparecem, não são entendidas nem enfrentadas como competência do profissional de saúde, restringindo-se a sintomas físicos ou psíquicos, enquanto os registos não contemplam dados socioeconómicos, invisibilizando contextos de vida. É necessário elaborar estratégias de planeamento, sensibilizar e qualificar profissionais para compreender a violência como problema de saúde complexo e intersectorial (Bonfim, et al., 2010). Compreender a experiência de mulheres grávidas perante a violência doméstica é fundamental para desenvolver programas de prevenção baseados em evidências, fortalecendo sistemas de apoio e incentivando estratégias eficazes (Amel Barez, et al., 2022). Mulheres relatam necessidade de mais apoio durante a gravidez e após o nascimento, incluindo proteção, apoio emocional e construção da relação com o bebé. Profissionais devem oferecer suporte não julgador, fortalecer a comunicação mãe-bebé e articular fontes alternativas de apego (Callaghan, et al., 2018).

2.1. REVISÃO NARRATIVA

A violência exercida por parceiro íntimo durante a gravidez constitui um problema de saúde pública com consequências graves e persistentes para a mulher, o feto e a dinâmica familiar. Apesar de muitas vezes permanecer oculta, esta forma de violência atravessa contextos sociais, culturais e económicos distintos, afetando a segurança, a

dignidade e o bem-estar das mulheres num período de particular vulnerabilidade. A gravidez, que deveria corresponder a uma fase de proteção e acompanhamento especializado, pode tornar-se um momento crítico em que os episódios de abuso físico, psicológico, sexual ou económico se intensificam ou se manifestam pela primeira vez (Silva et al., 2011; OMS, 2017).

A relevância do tema justifica a necessidade de aprofundar a reflexão e a intervenção em saúde, sobretudo no domínio dos cuidados especializados. O enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica detém uma posição privilegiada no contacto com a mulher grávida, desempenhando um papel determinante na identificação de sinais de violência, na criação de um ambiente seguro e na promoção do acesso a recursos de apoio. A sua intervenção, fundamentada em competências clínicas, comunicacionais e éticas, é essencial para quebrar ciclos de silêncio e promover o empoderamento das mulheres (Araújo et al., 2023; OE, 2021).

Neste contexto, importa analisar a produção científica existente e compreender de que forma a evidência sustenta a prática clínica especializada. Assim, a presente revisão narrativa tem como objetivo analisar a evidência existente sobre a violência por parceiro íntimo na gravidez e o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na sua prevenção e mitigação.

2.2. METODOLOGIA

O presente capítulo consistiu numa revisão narrativa da literatura científica, com o objetivo de compreender o fenómeno da violência por parceiro íntimo durante a gravidez e o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na sua prevenção e mitigação. Diferentemente das revisões sistemáticas, esta abordagem não se pautou por critérios rígidos de inclusão e exclusão, permitindo uma análise mais ampla e interpretativa das evidências disponíveis.

Para a seleção da literatura, foram consultadas bases de dados internacionais e nacionais, nomeadamente PubMed, SciELO e Google Académico, privilegiando artigos publicados nos últimos dez anos e disponíveis em português e inglês. As palavras-chave utilizadas incluíram combinações dos termos “violência doméstica”, “gravidez”, “enfermeiro especialista”, “saúde materna”, “empoderamento da mulher”. A pesquisa

teve como critério a relevância temática e a pertinência para o desenvolvimento do objetivo proposto, assegurando a inclusão de estudos teóricos, empíricos e revisões anteriores que abordassem a temática.

A análise dos estudos selecionados foi realizada de forma narrativa, sintetizando os principais achados e organizando-os em subtemas que permitem compreender a magnitude do problema, os fatores de risco associados, os impactos na saúde materna e fetal e as estratégias de intervenção do enfermeiro especialista. Esta abordagem permitiu identificar lacunas na evidência científica e refletir sobre implicações práticas para a atuação clínica especializada.

2.3. DEFINIÇÕES E ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A violência por parceiro íntimo (VPI) é definida como qualquer ato de violência física, sexual, psicológica, económica ou coercitiva perpetrado por um parceiro atual, anterior ou membro familiar, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade, ocorrendo tanto na esfera pública como privada (Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024; Stöckl et al., 2024; Ali, et al., 2023). No contexto da gravidez, a VPI é caracterizada como violência doméstica na gestação, com repercussões diretas na saúde materna e fetal, afetando o bem-estar físico, emocional e social da mulher e do feto (Ribeiro et al., 2020; Gashaw et al., 2018; Gibson et al., 2024).

A análise desta problemática fundamenta-se na Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, que considera a pessoa como um ser integral, abrangendo dimensões físicas, emocionais, espirituais e existenciais, promovendo um cuidado ético, humanizado e centrado na singularidade das experiências individuais (Watson, 2008; Sánchez et al., 2023; Badenes, et al., 2025). Jean Watson (2008) define a Ciência do Cuidado Humano como "um campo evolutivo filosófico-ético-epistêmico de estudo, fundamentado na disciplina de enfermagem e informado por campos relacionados" (p. 18). A autora enfatiza que o cuidar vai além de habilidades técnicas, sendo um ato moral que integra corpo, mente e espírito, respeitando a dignidade humana. Watson propõe os Caritas Processes como elementos essenciais para a prática de enfermagem, promovendo relações terapêuticas autênticas e ambientes de cura que favorecem o bem-estar integral do paciente. Esta perspetiva é complementada pelos cuidados informados pelo trauma,

que orientam intervenções centradas na promoção da segurança, da confiança e do empoderamento das mulheres vítimas de violência, reconhecendo que experiências traumáticas podem desencadear efeitos psicológicos e fisiológicos complexos durante a gestação (Drexler, 2022; Garcia, 2021).

Durante a gravidez, a VPI representa um risco acrescido à saúde materna e fetal, aumentando a vulnerabilidade física e emocional da mulher e podendo influenciar negativamente o desenvolvimento do feto (Gashaw, et al., 2018; Gibson, et al., 2024; Badenes, et al., 2025). A integração da Teoria de Watson com os cuidados informados pelo trauma permite criar ambientes seguros e empoderados, essenciais para a identificação precoce da violência, avaliação clínica adequada, provisão de apoio psicossocial e promoção da autonomia das mulheres (Sánchez, et al., 2023; Watson, 2008)

A VPI, quando não identificada e abordada, pode gerar consequências de longo prazo na saúde materno-fetal, incluindo traumas físicos, alterações psicológicas, ansiedade, depressão e impactos na vinculação mãe-bebé (Badenes et al., 2025; Gibson et al., 2024; Ali et al., 2023). O papel do enfermeiro especialista é fundamental na implementação de estratégias de rastreio centradas no trauma, educação das mulheres, empoderamento e referência a serviços especializados, garantindo uma intervenção precoce e eficaz, com foco na segurança e bem-estar integral das grávidas (Sánchez, et al., 2023; Drexler, 2022; Garcia, 2021).

2.3.1. Epidemiologia e Prevalência (Mundo e Portugal)

Segundo a OMS, em parceria com a London School of Hygiene and Tropical Medicine e o Medical Research Council, quase 30% das mulheres em relacionamentos sofreram violência física e/ou sexual por parceiros, sendo que 38% dos homicídios femininos são cometidos por parceiros íntimos e 7% relatam assédio sexual por terceiros. Além disso, 20% das mulheres e 5%–10% dos homens sofreram violência sexual na infância (OPAS/OMS, 2024). A violência por parceiro íntimo (VPI) constitui um problema global de saúde pública, afetando quase 30% das mulheres, com repercussões negativas na saúde materna e perinatal, sobretudo em populações vulneráveis (Lockington, 2023; Drexler, 2022). Globalmente, cerca de 35% das mulheres experienciaram violência física e/ou sexual ao longo da vida, e até 38% dos homicídios femininos são atribuídos a parceiros íntimos (OMS, 2021; OMS, 2024).

Estima-se que 25% das grávidas sejam vítimas de VPI, com maior prevalência em África (36,1%) e menor na Europa (5,1%) (Al-Marhabi et al., 2023), variando entre 1% e 28% consoante o contexto (Barros et al., 2022). Em Portugal, o fenómeno afeta cerca de 25% das mulheres, com registo histórico de evolução legislativa desde 1982 até ao reconhecimento pleno como crime público em 2007 (Neves & Ramalho, 2022). Entre 2010 e 2020, a violência conjugal representou 83,9% das ocorrências policiais, e em 2023 a Rede Nacional de Apoio acolheu 1.478 vítimas, maioritariamente mulheres e crianças (CIC, 2023). A nível internacional, apesar dos avanços, as estratégias de prevenção da VPI ainda são fragmentadas, comparativamente à violência contra crianças (Bacchus et al., 2024). As tecnologias da informação e comunicação surgem como ferramentas relevantes de suporte (El Morr et al., 2020). Neste enquadramento, defende-se a adoção de cuidados informados pelo trauma e empowerment, promovendo segurança, confiança e autonomia das mulheres.

2.3.2 Fatores de Risco e Perfil do Agressor

A literatura identifica múltiplos fatores de risco que contribuem para a ocorrência de violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gestação. Entre os determinantes individuais, destacam-se a gravidez não intencional, a baixa escolaridade, experiências prévias de violência na infância, o uso de substâncias e problemas de saúde física ou mental (Fan & Kim, 2024; Barros et al., 2022). A violência está frequentemente associada a comportamentos controladores do parceiro, consumo de álcool ou drogas, desemprego e dinâmicas conjugais tensas, incluindo situações de infidelidade e ciúme romântico (Pichon, 2020; Araújo et al., 2023). Contextualmente, condições socioeconómicas desfavoráveis, isolamento social e conflitos familiares ampliam a vulnerabilidade das mulheres à violência doméstica (Barros et al., 2022; Fan & Kim, 2024).

O perfil do agressor descrito em diferentes estudos evidencia maioritariamente homens até aos 40 anos, com histórico de comportamentos abusivos, consumo de álcool e tendência a controlar ou intimidar a parceira, refletindo padrões individuais, relacionais e contextuais interligados (Fan & Kim, 2024; Badenes et al., 2025). Estes fatores de risco, ao interagirem, reforçam a necessidade de uma abordagem centrada nos cuidados informados pelo trauma e no empowerment, capaz de reconhecer a complexidade das experiências vividas, promover segurança e confiança e apoiar o fortalecimento da

autonomia das mulheres em situação de vulnerabilidade durante a gravidez (Gibson et al., 2024; Badenes et al., 2025).

Os determinantes da VPI são multifacetados, envolvendo fatores individuais, relacionais e contextuais. Individualmente, a idade, paridade e antecedentes de trauma aumentam a vulnerabilidade; no plano relacional, o abuso é frequentemente perpetuado por parceiros com padrões de controle, uso de álcool ou histórico de violência na infância; contextualmente, normas culturais, baixa escolaridade, pobreza e isolamento social contribuem para a perpetuação da violência (Badenes et al., 2025; Gibson et al., 2024). As vítimas, por sua vez, podem apresentar distorções cognitivas, como normalização da violência ou autoculpabilização, o que dificulta a tomada de decisões sobre deixar o relacionamento (Badenes et al., 2025; Sánchez et al., 2023).

Determinantes adicionais incluem idade, paridade, número de gestações, tabagismo e renda familiar (Al-Marhabi et al., 2023; Kwagala et al., 2016). Entre os relacionais, destacam-se o abuso físico e sexual, o casamento forçado e o controle financeiro por parte do parceiro (Ali et al., 2023; Gashaw et al., 2018). Os determinantes contextuais abrangem normas culturais, tradições, etnia, religião e status socioeconômico, que influenciam escolhas reprodutivas e o acesso a assistência qualificada ao parto (Kwagala et al., 2016; Gashaw et al., 2018). A maioria dos agressores é masculina e frequentemente membro familiar próximo, sendo a violência mais prevalente no primeiro trimestre da gestação e no puerpério (Sánchez et al., 2023; Ali et al., 2023).

2.3.3 Impactos na Saúde Materno-Fetal e na Díade

A violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez está associada a desfechos perinatais adversos, incluindo morte perinatal e materna (Drexler, 2022). Entre os impactos físicos e obstétricos destacam-se complicações gestacionais, parto prematuro e repercussões negativas no temperamento e desenvolvimento da prole (Fan & Kim, 2024). Os efeitos psicológicos são igualmente significativos, envolvendo ansiedade, depressão e outras perturbações de saúde mental, que interferem na vinculação mãe-bebê e comprometem a qualidade do vínculo afetivo (Fan & Kim, 2024; Garcia, 2021). A reduzida procura de ajuda profissional pelas vítimas contribui para a manutenção e agravamento destes desfechos (Fan & Kim, 2024).

2.3.4. Impactos Físicos e Obstétricos

Entre as complicações obstétricas mais recorrentes destacam-se parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas, aborto espontâneo e morte neonatal (Barros et al., 2022). A exposição continuada a situações de violência aumenta ainda o risco de doenças ginecológicas, infeções sexualmente transmissíveis e problemas de mobilidade materna (OPAS/OMS, 2022). A VPI está também associada a morte perinatal e materna, bem como a complicações gestacionais que repercutem negativamente no temperamento e desenvolvimento da prole (Drexler, 2022; Fan & Kim, 2024).

2.3.5 Impactos Psicológicos e na Vinculação

A violência psicológica, física ou sexual afeta a saúde mental da grávida, podendo provocar depressão, ansiedade, stress pós-traumático, distúrbios do sono e ideação suicida. Entre os impactos psicológicos destacam-se depressão pré- e pós-natal (16,9% e 20,8%, respetivamente), transtorno de stress pós-traumático (23-35%), ansiedade e ataques de pânico (até 80%) e ideação suicida (6,3%-23,53%) (Sousa et al., 2012). Estes efeitos repercutem-se na vinculação materno-fetal, podendo comprometer o desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, aumentar o risco de comportamentos agressivos, TDAH e depressão na infância. A reduzida procura de ajuda profissional pelas vítimas contribui para a manutenção e agravamento destes desfechos (Fan & Kim, 2024)

2.3.6. Intervenções de Enfermagem / Papel do EESMO

O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) desempenha um papel fundamental na prevenção, rastreio e mitigação da violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez, através de intervenções que integram a identificação precoce, o acompanhamento clínico e o empowerment da mulher. Rastreio e identificação precoce das consultas pré-natais constituem oportunidade privilegiada para o rastreio universal da VPI, recomendando-se a sua realização na primeira consulta e, subsequentemente, em cada trimestre, com recurso a instrumentos de triagem validados, quer de forma escrita, quer verbal (Drexler, 2022; Royal College of Midwives, 2024).

Abordagem centrada no trauma, a atuação do EESMO deve basear-se numa abordagem informada pelo trauma, que privilegie a criação de um ambiente de confiança,

a escuta empática e a proteção da mulher, garantindo sigilo, segurança e respeito pelos seus valores (Garcia, 2021). Educação e empowerment na promoção da autonomia da mulher são centrais no papel do EESMO. Isto inclui fornecer informação sobre direitos, estratégias de proteção, recursos disponíveis e estimular o autocuidado e a participação ativa no bem-estar da díade mãe-bebé (Gibson, 2024; Cot, 2022). O empowerment contribui para fortalecer a capacidade da mulher em lidar com a violência, reforçando a sua resiliência e diminuindo os efeitos adversos sobre a saúde materno-fetal. Entre as barreiras identificam-se o tempo limitado das consultas, lacunas de formação dos profissionais, insuficiência de recursos institucionais e fragilidades nas diretrizes clínicas (Babazadeh, 2025). Em contrapartida, os principais facilitadores incluem a existência de protocolos claros, a formação contínua, a validação institucional e a integração multidisciplinar, fatores que favorecem a implementação eficaz de cuidados centrados no trauma (Cot, 2022).

2.3.7. Lacunas da Evidência e Implicações para a Prática

Os estudos evidenciam lacunas significativas nas diretrizes clínicas, particularmente na definição de padrões de violência, na compreensão do ciclo da violência, na identificação de fatores de risco durante a gravidez, na prestação de cuidados médicos, nos programas de visita domiciliar, na promoção do autocuidado e no empowerment, bem como na prevenção da violência, no apoio de acompanhamento e na educação comunitária (Babazadeh, 2025). Apesar da disponibilidade de dados sobre prevalência, fatores de risco e intervenções, observa-se ausência de estudos longitudinais que avaliem a eficácia das estratégias de empoderamento em diferentes contextos socioculturais. Tal insuficiência limita a construção de protocolos consistentes de rastreio e dificulta a implementação de cuidados informados pelo trauma em contextos de elevada vulnerabilidade (Crombie et al., 2017; Gibson et al., 2024).

Neste sentido, destaca-se que a formação específica de enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EESMO) em rastreio baseado no trauma permanece limitada, e as avaliações de programas educacionais de prevenção da violência por parceiro íntimo (VPI) continuam escassas (Crombie et al., 2017; Gibson et al., 2024). A necessidade de atualização contínua de políticas e protocolos clínicos exige que os EESMO promovam rastreios regulares, educação direcionada e estratégias de

empowerment, assegurando um cuidado centrado na mulher, sustentado em princípios de segurança e confiança, fundamentais para a interrupção do ciclo da violência (Royal College of Midwives, 2024; Badenes et al., 2025).

Além disso, a literatura revela escassez de estudos que integrem de forma abrangente fatores individuais, familiares, comunitários e sociais relacionados com a VPI durante a gestação, especialmente em países de baixo e médio rendimento, onde a vulnerabilidade estrutural se associa a desigualdades de género e limitações de acesso a cuidados de saúde (Sapkota et al., 2019; Gashaw et al., 2018). Para além do aprofundamento de conhecimentos, impõe-se avaliar a eficácia clínica dos programas de educação dirigidos a enfermeiros e parteiras, de modo a aferir resultados reais na redução da violência e na melhoria dos desfechos maternos e neonatais (Crombie et al., 2017). O papel do EESMO assume-se, assim, como crucial através da implementação imediata de rastreios centrados no trauma, da promoção do empoderamento feminino, da educação dos parceiros e do desenvolvimento de estratégias interdisciplinares, torna-se possível reduzir a incidência da violência e melhorar a qualidade dos cuidados prestados às mulheres e aos recém-nascidos (Ali et al., 2023; Macedo et al., 2018).

2.4. RESULTADOS

A análise integrativa da literatura permitiu compreender que a violência por parceiro íntimo (VPI) durante a gravidez constitui uma problemática transversal e multidimensional, com implicações profundas na saúde materna, fetal e social. Verificou-se que a prevalência global da VPI em grávidas varia entre 1% e 28%, refletindo diferenças culturais, socioeconómicas e metodológicas (OMS, 2024; Barros et al., 2022). Em Portugal, a incidência ronda os 25%, evidenciando a persistência de padrões relacionais abusivos apesar dos avanços legislativos e institucionais (Neves & Ramalho, 2022; CIC, 2023).

Os resultados apontam para a influência determinante de fatores de risco individuais (baixa escolaridade, gravidez não planeada, antecedentes de violência e dependência económica), relacionais (ciúme, controlo, uso de substâncias) e contextuais (pobreza, desigualdade de género e isolamento social), confirmando a natureza multifatorial da violência doméstica (Fan & Kim, 2024; Araújo et al., 2023). Este

enquadramento justifica a necessidade de uma abordagem sistémica e integrada, na qual o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) assume papel central.

Os estudos analisados demonstram que a VPI durante a gestação se associa a desfechos adversos, como parto prematuro, baixo peso ao nascer, morte fetal e complicações psicológicas severas, nomeadamente depressão pré- e pós-natal, ansiedade e perturbação de stress pós-traumático (Sousa et al., 2012; Drexler, 2022; Garcia, 2021). Estes efeitos repercutem-se na vinculação mãe-bebé e comprometem o desenvolvimento emocional e cognitivo da criança, reforçando a necessidade de uma intervenção clínica precoce e continuada.

O modelo teórico de Jean Watson, ao integrar os princípios do cuidado humanístico-existencial com práticas informadas pelo trauma, oferece uma estrutura conceptual sólida para a atuação do EESMO. Este modelo valoriza a criação de um ambiente terapêutico de confiança e respeito, no qual a mulher é reconhecida como ser integral, com necessidades físicas, emocionais e espirituais. A incorporação dos Caritas Processes no cuidado obstétrico permite que o enfermeiro estabeleça relações de empatia e segurança, promovendo o empoderamento da grávida e o restabelecimento da sua autonomia (Watson, 2008; Sánchez et al., 2023).

Os resultados também evidenciam que o empoderamento é um elemento-chave na redução da vulnerabilidade e na interrupção do ciclo da violência. Intervenções educativas, a disponibilização de informação sobre direitos e recursos e a articulação com redes interdisciplinares mostraram-se eficazes na promoção da autoconfiança e no fortalecimento das capacidades de decisão das mulheres (Gibson, 2024; Cot, 2022). Contudo, foram identificadas barreiras significativas, como limitações temporais nas consultas, carência de formação específica e ausência de protocolos consistentes de rastreio (Babazadeh, 2025).

A revisão revelou ainda lacunas de investigação, nomeadamente a escassez de estudos longitudinais e multicêntricos que avaliem a eficácia das estratégias de prevenção e empoderamento em diferentes contextos culturais. Esta limitação restringe a construção de práticas baseadas em evidência e compromete a consolidação de políticas de saúde centradas no trauma (Crombie et al., 2017; Gibson et al., 2024).

Em síntese, os resultados reforçam que o EESMO desempenha um papel essencial na identificação precoce e no acompanhamento de mulheres grávidas vítimas de VPI,

devendo integrar abordagens humanizadas e centradas na pessoa. A conjugação de competências técnicas e relacionais, sustentada por evidência científica e pelo cuidado ético, constitui o alicerce para a melhoria dos resultados materno-fetais e para a promoção da dignidade e autonomia da mulher.

2.5. DISCUSSÃO

A análise desenvolvida permitiu compreender de forma crítica o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) na sensibilização e no empoderamento de mulheres grávidas expostas à violência doméstica, destacando a importância desta intervenção para a saúde pública e obstétrica. Estudos internacionais indicam que aproximadamente um terço das mulheres é vítima de violência por parceiro íntimo ao longo da vida, e a violência durante a gestação varia entre 1% e 28%, com implicações significativas para a saúde materno-fetal (OMS, 2021; Barros et al., 2022). Em Portugal, dados nacionais confirmam que mulheres grávidas constituem uma parcela relevante das vítimas atendidas em serviços de apoio, reforçando a necessidade de estratégias de intervenção e proteção adequadas (CIG, 2023).

A violência durante a gravidez compromete tanto a saúde física quanto psicológica da mulher. Entre os efeitos físicos, destacam-se parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas, aborto espontâneo e morte neonatal (OPAS/OMS, 2022). No plano psicológico, são frequentes depressão pré- e pós-natal, ansiedade, stress pós-traumático, ataques de pânico e ideação suicida, repercutindo-se na vinculação materno-fetal e aumentando a vulnerabilidade da criança a alterações comportamentais e cognitivas (Sousa et al., 2012). Estes dados reforçam a necessidade de uma atuação sistemática do EESMO, fundamentada em abordagens humanísticas e informadas pelo trauma, que considerem a mulher como um todo, integrando dimensões físicas, emocionais e sociais (Watson, 2008).

O EESMO desempenha papel central na prevenção, deteção precoce e mitigação da violência doméstica durante a gestação. A atuação inclui rastreio sistemático, identificação de sinais físicos e comportamentais de abuso, utilização de instrumentos de triagem validados, escuta empática, criação de ambientes de confiança e encaminhamento para serviços especializados, garantindo sigilo e segurança (Araújo et al., 2020).

Paralelamente, a promoção do conhecimento sobre direitos, estratégias de proteção e recursos disponíveis fortalece a autonomia da mulher, contribuindo para a redução de efeitos adversos sobre a saúde materno-fetal (Gibson, 2024).

Apesar do reconhecimento da importância do tema, existem lacunas relevantes na literatura. A maioria dos estudos baseia-se em amostras pequenas, autorrelatos e desenhos transversais, faltando dados sobre populações específicas, como imigrantes ou mulheres com deficiência, bem como estudos longitudinais que avaliem os efeitos a médio e longo prazo da intervenção do EEESMO (Sousa et al., 2012). Para colmatar estas lacunas, é necessária investigação com metodologias robustas, multicêntricas e de carácter misto, que sustentem práticas de cuidado baseadas em evidência. A compreensão da singularidade de cada mulher, considerando experiências, valores e necessidades próprias, revelou-se essencial para a construção de cuidados individualizados e sensíveis à realidade vivida. A experiência prática durante o estágio permitiu vivenciar diferentes contextos clínicos, refletir criticamente sobre práticas anteriores e consolidar competências profissionais e pessoais, reforçando a capacidade do EEESMO para agir de forma ética, segura e fundamentada cientificamente.

Em síntese, o trabalho demonstra que a intervenção especializada do EEESMO na deteção e gestão da violência doméstica durante a gravidez é crucial para a proteção, empoderamento e promoção da saúde materno-fetal. A integração de evidência científica, princípios humanísticos e práticas centradas no trauma constitui a base para cuidados individualizados, seguros e eficazes, fortalecendo a qualidade e a humanização dos serviços de saúde materna e obstétrica.

2.6. CONCLUSÃO

A análise crítica da literatura evidencia que a violência doméstica na gravidez constitui um grave problema de saúde pública, com impactos expressivos na saúde física, psicológica e social da mulher, comprometendo o bem-estar materno-fetal e a qualidade da relação mãe-filho. A síntese dos estudos revistos demonstra que a violência por parceiro íntimo permanece amplamente subnotificada e invisibilizada nos contextos de saúde, mesmo perante o contacto regular das grávidas com os serviços de vigilância pré-natal. Tal constatação revela fragilidades estruturais na deteção precoce e na intervenção,

exigindo uma abordagem centrada na pessoa, sensível ao trauma e alicerçada na Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, que compreende a mulher como um ser integral, dotado de dimensões físicas, emocionais, espirituais e sociais.

A relevância do tema emerge da sua complexidade e das implicações éticas e sociais que ultrapassam o âmbito clínico, refletindo-se na necessidade de respostas interdisciplinares e humanizadas. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) destaca-se, neste contexto, como elemento-chave na prevenção, deteção e mitigação da violência, por meio de intervenções que privilegiam a escuta empática, o rastreio sensível e o empoderamento da mulher. A integração de práticas baseadas na evidência com um enquadramento ético-humanista reforça a qualidade dos cuidados e promove a autonomia e segurança da grávida.

Não obstante os avanços conceptuais e profissionais, persistem lacunas relevantes na investigação. Destaca-se a falta de estudos sobre violência por parceiros íntimos na gravidez em populações de mulheres imigrantes, bem como a insuficiência de análise dos fatores culturais e sociais que influenciam a expressão e a perceção da violência. Verifica-se igualmente escassez de investigação sobre a influência de diferentes contextos culturais na perpetuação e enfrentamento da violência conjugal, défice de estudos qualitativos centrados na experiência subjetiva das grávidas e insuficiência de evidência sobre estratégias de empoderamento durante a gravidez.

Deste modo, impõe-se a necessidade de aprofundar o conhecimento científico através de estudos longitudinais e qualitativos, culturalmente sensíveis e baseados em contextos reais de prática clínica. A consolidação de protocolos de rastreio, formação específica e políticas de saúde integradas permitirá fortalecer a atuação do EESMO e sustentar uma resposta ética, eficaz e transformadora à violência doméstica durante a gravidez, alinhada com os princípios do cuidado humanístico e com a defesa dos direitos das mulheres.

2.7. ANÁLISE DO RESULTADOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A experiência clínica desenvolvida durante o estágio permitiu uma análise crítica da aplicação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), evidenciando a articulação entre teoria e prática

na promoção da saúde integral da mulher e do recém-nascido. Nos cuidados de saúde primários, particularmente na Unidade B, a vigilância pré-natal de baixo risco e o planeamento familiar constituíram contextos privilegiados para a identificação precoce de situações de vulnerabilidade, incluindo sinais indiretos de violência doméstica. A avaliação clínica sistematizada, com monitorização de parâmetros vitais, auscultação fetal, manobras de Leopold e análise de antecedentes obstétricos, foi complementada por educação para a saúde, abordando nutrição, sinais de alarme, preparação para a parentalidade, amamentação e prevenção de gravidezes não planeadas. A adaptação da comunicação terapêutica à literacia em saúde e às diferenças culturais, em particular no atendimento a mulheres de origem guineense, reforçou a equidade e a acessibilidade nos cuidados, evidenciando a centralidade do EESMO na promoção da continuidade e da qualidade assistencial em contextos de ausência de médico de família.

No contexto hospitalar da Unidade S, o acompanhamento de 76 grávidas com fatores de risco clínicos ou sociais permitiu aprofundar competências em monitorização materno-fetal, interpretação de cardiotocografia, vigilância de sinais de alerta e intervenção multiprofissional. As situações de interrupção voluntária da gravidez e de perda gestacional evidenciaram a relevância do suporte emocional e da educação individualizada, garantindo cuidado ético, humanizado e centrado na autonomia da mulher. A aplicação da Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson reforçou a atenção às dimensões físicas, emocionais, sociais e existenciais da grávida, promovendo empatia, escuta ativa e conexão terapêutica.

No Bloco de Partos da Unidade F, a participação em 40 partos eutócicos, 12 partos instrumentados e 9 cesarianas permitiu consolidar competências técnicas avançadas, incluindo alívio da dor não farmacológico, monitorização do bem-estar fetal, controlo ativo do terceiro período do parto e cuidados imediatos ao recém-nascido. O ensino sobre cuidados pós-parto e planeamento familiar fortaleceu a autonomia materna e familiar, assegurando uma transição segura para o domicílio e promovendo autocuidado e empoderamento.

Durante o período pós-natal, a avaliação sistematizada da puérpera e do recém-nascido nas primeiras 48 horas permitiu deteção precoce de complicações, orientação sobre autocuidados e prevenção de infeções puerperais, reforçando a prática centrada na díade materno-infantil. Em cuidados de ginecologia e climatério, a intervenção integrada

contemplou avaliação física, educação para a saúde, apoio psicossocial, prevenção de complicações e encaminhamentos especializados, demonstrando a capacidade de atuação holística e adaptada às necessidades individuais.

A análise crítica evidencia que a atuação do EESMO é determinante na deteção precoce de vulnerabilidades, incluindo a violência doméstica, na promoção de cuidados éticos, humanizados e individualizados, e na implementação de estratégias de empoderamento. A experiência clínica confirmou que a integração de princípios teóricos, técnicos e humanísticos permite articular cuidado centrado na pessoa com rigor científico, consolidando competências essenciais e promovendo resultados positivos em saúde materno-infantil.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Para o desempenho das funções de Enfermeiro Especialista, existe um conjunto de competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 26.

As competências mobilizadas no ENP enquadram-se no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Reg. n.º 140/2019) e nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Reg. n.º 391/2019), complementadas pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO (OE, 2021).

No que se refere às competências específicas por área de especialidade, a OE define requisitos próprios. Por exemplo, o Regulamento n.º 125/2011, relativo à Enfermagem de Reabilitação, contempla intervenções técnicas e a gestão de cuidados (Venâncio, S. S., 2023). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns correspondem àquelas partilhadas por todos os especialistas, independentemente da sua área (OE, 2019a). O Regulamento n.º 140/2019 enuncia como competências comuns: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens (OE, 2019a).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) em Portugal são definidas pela OE e articuladas com as diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS). O título de EESMO é regulado pelo Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, que estabelece o perfil de competências específicas desta especialidade (OE, 2019). A DGS reconhece a autonomia do EESMO na condução de partos de baixo risco, conforme a Orientação n.º 002/2023, que especifica as suas responsabilidades no internamento e vigilância de grávidas. Segundo o Regulamento n.º 391/2019, as

competências do EESMO abrangem cuidados no ciclo reprodutivo da mulher, desde o planeamento familiar e período pré-concepcional, que integram aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, até ao acompanhamento da gravidez, com avaliação de risco e educação para a saúde. Incluem igualmente assistência autónoma em partos de baixo risco, com internamento hospitalar sob conhecimento do médico obstetra, cuidados pós-parto à mãe e recém-nascido, promoção do aleitamento materno, e apoio clínico durante a menopausa e saúde ginecológica.

3.2.1. Competência 1 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

Descritivo.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, 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.

Enquadramento conceptual.

A saúde reprodutiva compreende a possibilidade do casal ter uma vida sexual satisfatória e segura, bem como decidir se, quando e com que frequência deseja ter filhos (DGS, 2008). Para tal, é essencial que o casal esteja devidamente informado, de modo que a decisão seja consciente, segura e eficaz. O planeamento familiar enquadra-se nesta premissa, permitindo o acesso à informação e ao aconselhamento sobre saúde sexual, prevenção e diagnóstico de infeções sexualmente transmissíveis (IST), rastreio do cancro do colo do útero (RCCU) e rastreio do cancro da mama (RCM), bem como a prevenção pré-concepcional.

Contexto e intervenções em cuidados de saúde primários (Unidade B).

Nos cuidados de saúde primários, na Unidade B, acompanhei consultas de planeamento familiar em contexto de enfermagem. Estas consultas visam identificar o método contraceptivo utilizado pela mulher/casal, apoiar o planeamento do projeto familiar incluindo a prevenção de IST, criar um espaço de esclarecimento de dúvidas e realizar o RCCU e o RCM quando indicados. As atividades incluíram a disponibilização e supervisão de métodos contraceptivos, o esclarecimento de dúvidas com adaptação da

informação às necessidades individuais, a identificação de riscos associados à vivência da sexualidade e o encaminhamento de situações que excediam o âmbito da consulta. Adicionalmente, nas consultas de revisão do puerpério, apliquei estes princípios através do aconselhamento personalizado sobre o método contraceutivo mais adequado ao estilo de vida de cada puérpera, promovendo a prevenção de gravidezes não planeadas neste período sensível.

Atividades desenvolvidas que sustentam a competência.

Durante o estágio, acompanhei diferentes dimensões da prática de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Na vigilância pré-natal de baixo risco, observei e participei na avaliação clínica da grávida, pressão arterial, peso, auscultação fetal e avaliação de edemas, na realização de registos e na promoção de ensino sobre nutrição, sinais de alarme, preparação para a parentalidade e amamentação. No puerpério e planeamento familiar, colaborei no acompanhamento de mulheres no pós-parto, com avaliação do estado físico e emocional, apoio à amamentação e ensino de autocuidados, e participei em consultas abordando métodos contraceptivos, saúde sexual e reprodutiva e prevenção de gravidezes não planeadas. Na educação para a saúde integrei sessões individuais e em grupo, incluindo preparação para a parentalidade, onde foram trabalhados sinais de trabalho de parto, estratégias de controlo da dor, cuidados ao recém-nascido e adaptação familiar. Na resposta a populações vulneráveis, acompanhei grávidas e puérperas sem médico de família atribuído, reforçando a intervenção autónoma do enfermeiro e a continuidade de cuidados. Em todas estas atividades, procurei aplicar os princípios de Watson, reconhecendo a unicidade de cada utente, a promoção da conexão terapêutica e o cuidado que transcende a mera intervenção técnica, valorizando a dimensão existencial e emocional. Estes cuidados foram orientados segundo a Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, que valoriza a relação enfermeiro-paciente, a atenção plena e o cuidado centrado na pessoa como elementos essenciais para promover saúde e bem-estar.

Reflexão crítica integrada na competência.

Este contexto permitiu-me desenvolver competências essenciais do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, particularmente na vigilância da gravidez de baixo risco, no apoio à transição para a parentalidade e na promoção da saúde reprodutiva.

Do ponto de vista relacional, aperfeiçoei a comunicação terapêutica, ajustando a linguagem à literacia em saúde e respeitando diferenças culturais e religiosas. Sendo que facilitou atender utentes de origem guineense, pela identificação cultural e de linguagem. Um aspeto crítico foi a elevada proporção de utentes sem médico de família, evidenciando o papel central do enfermeiro na acessibilidade e equidade, muitas vezes liderando o seguimento da gravidez e do puerpério. No âmbito do tema do relatório, compreendi que as consultas de pré-natal e planeamento familiar são momentos privilegiados para a deteção precoce de sinais de violência doméstica; a proximidade na relação enfermeiro-mulher permite identificar fatores de risco não verbalizados, o que exige postura atenta, empática e não julgadora, integrando a violência doméstica como parte da avaliação global da saúde materna, mesmo em contextos de baixo risco. A aplicação da Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Watson reforça esta abordagem, ao promover um cuidado consciente, centrado na pessoa e sustentado pela empatia, atenção plena e valorização das experiências individuais das utentes.

3.2.2. Competência 2 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal

Descritivo.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Enquadramento conceptual.

O acompanhamento pré-natal promove estilos de vida saudáveis, previne complicações e deteta precocemente sinais de desvio, assegurando intervenções oportunas e centradas na mulher/casal. Integra avaliação clínica e laboratorial, educação para a saúde, vacinação recomendada e articulação com recursos da comunidade, conforme orientações nacionais (DGS, 2015; Circular Normativa n.º 2/DSMIA, 2007; Decreto Regulamentar n.º 14/2012).

Contexto de cuidados de saúde primários (Unidade B) e intervenções realizadas.

Na Unidade B, o contacto inicial com a população grávida ocorreu na consulta de saúde materna, estruturada em duas etapas complementares. Na primeira, procedi à

avaliação física com medição de peso e altura, registo de sinais vitais, realização de combur-teste, aplicação das manobras de Leopold para determinação da apresentação fetal e auscultação dos batimentos cardíacos fetais quando a idade gestacional o permitia. Na segunda, realizei a história clínica dirigida, com levantamento de antecedentes pessoais, familiares e obstétricos, hábitos de vida, evolução ponderal e sinais de hemorragia, de acordo com a DGS (2015). As intervenções incluíram a administração de vacinas recomendadas, nomeadamente a dTpa entre as 20–36 semanas e a imunoglobulina anti-D às 28 semanas em grávidas Rh-, conforme a Circular Normativa n.º 2/DSMIA (2007) e o Decreto Regulamentar n.º 14/2012. No total, acompanhei 180 grávidas em consultas de vigilância pré-natal, colaborando na avaliação do estado de saúde, no planeamento de cuidados individualizados e na promoção de estilos de vida saudáveis. Paralelamente, integrei a consulta de planeamento familiar, acompanhando 18 mulheres para promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção de gravidezes não planeadas e apoio à escolha informada do método contraceptivo, considerando necessidades individuais, contexto social e fatores clínicos. No que respeita à preparação para o parto e parentalidade, a Unidade B não dispõe de curso próprio; as grávidas foram encaminhadas para a unidade de referência onde são dinamizadas sessões teórico-práticas por EESMO, abordando fases do trabalho de parto, medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, cuidados ao recém-nascido, aleitamento, segurança infantil e adaptação à parentalidade. Este encaminhamento assegurou acesso à informação estruturada, redução de ansiedades e participação ativa do casal, recomendando-se a inscrição precoce no 2.º trimestre para garantir vaga.

Contexto hospitalar – grávidas com patologia (Unidade S) e intervenções realizadas.

Em internamento obstétrico na Unidade S, a experiência centrou-se na monitorização da saúde materno-fetal e no suporte integral à grávida com fatores de risco clínicos ou sociais. A cardiotocografia (CTG) foi utilizada como principal ferramenta de avaliação do bem-estar fetal, em alinhamento com o Parecer n.º 275/2010 do Conselho de Enfermagem. Para além da componente técnica, participei em apoio emocional à grávida e família e em ensino personalizado sobre complicações gestacionais, promovendo autonomia e adesão. Acompanhei 76 grávidas em situação de risco, com vigilância próxima, suporte emocional, articulação multiprofissional e estratégias

específicas orientadas para a segurança da grávida e do feto. Esta vivência reforçou a importância de uma atuação multidisciplinar que alia competências clínicas, interpretação de CTG, reconhecimento de sinais de alerta e habilidades socioemocionais. Todos estes cuidados foram orientados pelos princípios da Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, valorizando a relação enfermeiro-paciente, a atenção plena e o cuidado centrado na pessoa, promovendo saúde, empatia e experiência significativa durante o internamento.

Interrupção voluntária da gravidez e perda gestacional.

No contexto da IVG (Lei n.º 16/2007) e em casos de aborto espontâneo, a intervenção centrou-se no apoio emocional e na vigilância pós-procedimento, com ênfase na monitorização do risco hemorrágico e na orientação sobre contraceção, garantindo bem-estar físico e psicológico e respeito pela autonomia. Acompanhei 32 mulheres em consultas de IVG, assegurando cuidados humanizados e éticos, em conformidade com as diretrizes nacionais e as boas práticas em ESMO. A aplicação da Teoria de Watson reforçou a humanização destes cuidados, promovendo conexão terapêutica, reconhecimento da experiência existencial da utente e atenção às necessidades emocionais e sociais durante momentos críticos.

Reflexão integrada na competência.

A prática em cuidados primários e hospitalares permitiu consolidar avaliação clínica, uso criterioso do CTG, reconhecimento de sinais de alarme e educação para a saúde, aliando técnica e humanização. Valorizei comunicação terapêutica e articulação multiprofissional para segurança e continuidade de cuidados, integrando determinantes sociais e atenção a sinais indiretos de vulnerabilidade, incluindo possíveis situações de violência doméstica, com perguntas breves e não julgadoras, registo objetivo e encaminhamento seguro quando apropriado. A inclusão dos princípios da Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Watson reforçou a centralidade da utente como sujeito de cuidado, permitindo uma prática que combina rigor técnico com empatia, atenção plena e valorização das experiências individuais.

3.2.3. Competência 3 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto

Descritivo. Cuida a 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 adaptação à vida extrauterina.

Contexto e intervenções no Bloco de Partos (Unidade F).

Nos contextos clínicos do Bloco de Partos da Unidade F, enquanto estudante de ESMO, desenvolvi e apliquei competências essenciais no cuidado à mulher, família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, em conformidade com diretrizes da OE e DGS. As intervenções abrangeram o acompanhamento integral do trabalho de parto com monitorização ativa do bem-estar físico e emocional, garantindo ambiente seguro e humanizado, respeito por preferências e cultura e envolvimento do acompanhante. Apliquei técnicas de alívio da dor não farmacológicas, mudança de posição, respiração, massagem, hidroterapia, meditação e deambulação e colaborei na administração de analgesia quando indicada. Assisti ao parto fisiológico e colaborei em partos de baixo risco sob supervisão, assegurando práticas baseadas na evidência, como posicionamento adequado, controlo ativo do terceiro período do parto para prevenir hemorragia e clameamento oportuno do cordão umbilical. Nos cuidados imediatos ao recém-nascido, participei na adaptação à vida extrauterina, realizando, quando necessário, aspiração de vias aéreas, secagem, estimulação tátil, avaliação do índice de Apgar, promoção do contacto pele a pele precoce e início da amamentação na primeira hora, seguindo recomendações internacionais. Identifiquei e atuei em situações de risco, reconhecendo sinais de alerta, alterações da frequência cardíaca fetal, hemorragia, e colaborando com a equipa multidisciplinar para intervenções rápidas e seguras. Desenvolvi educação para a saúde e apoio à família com orientações personalizadas sobre cuidados pós-parto, aleitamento e planeamento familiar, fortalecendo a autonomia da mulher e do agregado familiar.

Experiência quantitativa e atos técnicos.

Participei ativamente em 40 partos eutócicos, colaborando na vigilância da evolução, na assistência ao nascimento e nos cuidados imediatos à puerpera e ao recém-

nascido. Observei 9 cesarianas, o que me proporcionou visão abrangente sobre indicações, procedimento e cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório. Tive participação ativa em 12 partos instrumentados (fórceps ou ventosa), compreendendo a complexidade destas situações, os critérios clínicos que as justificam e os cuidados antes, durante e após a intervenção. No que respeita ao períneo, não realizei episiotomias; realizei 25 perineorrafias (reparação de episiotomias previamente efetuadas pela equipa médica e de lacerações perineais), com enfoque na técnica adequada, no conforto materno e na prevenção de complicações. Todos estes cuidados foram desenvolvidos integrando a Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, valorizando a conexão terapêutica, o cuidado centrado na pessoa e a atenção plena às necessidades físicas, emocionais e existenciais da mulher e do recém-nascido.

Reflexão crítica integrada na competência.

Este estágio consolidou conhecimentos teórico-práticos, reforçando a importância do trabalho em equipa, da comunicação eficaz com parturiente, família e profissionais, e da prática baseada na evidência para promover partos seguros e respeitosos. As experiências vivenciadas na Unidade F destacaram o papel central do EESMO na humanização dos cuidados, na otimização dos desfechos materno-fetais e no alinhamento com metas de saúde materno-infantil, incluindo a redução de intervenções desnecessárias. A aplicação dos princípios de Watson fortaleceu a prática humanizada, promovendo empatia, atenção individualizada e reconhecimento da experiência única de cada mulher durante o parto.

3.2.4. Competência 4 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal

Descritivo.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Contexto e intervenções no pós-natal (Unidade F). O EESMO inicia a avaliação da puérpera e do recém-nascido no período pós-natal imediato, ainda no bloco de atenção partos, logo após o nascimento. Em consonância com a Recomendação 55 da OMS

(2018), todas as puérperas devem ser submetidas a avaliações regulares nas primeiras 24 horas, para detecção precoce de atonia uterina, hemorragia vaginal, febre ou taquicardia, sendo a monitorização da pressão arterial um parâmetro essencial a realizar de imediato. Durante o internamento no Serviço de Obstetrícia, no internamento de Puérperas, elaborei planos de cuidados individualizados para 108 puérperas e 123 recém-nascidos nas primeiras 48 horas após o parto. Entre as puérperas acompanhadas, 17 foram classificadas como de risco por hemorragia pós-parto, risco de infeção associado à rotura prolongada de membranas, corioamnionite, doenças crónicas ou patologias induzidas pela gravidez (p. ex., diabetes gestacional, hipertensão secundária à pré-eclâmpsia). Após a alta clínica, estas mulheres foram encaminhadas para consultas de seguimento na mesma unidade hospitalar, com realização de exames complementares e monitorização da condição de saúde.

A avaliação da puérpera foi realizada de forma sistematizada e céfalo-caudal, identificando possíveis complicações, nomeadamente sinais de atonia uterina ou hemorragia. Observei coloração de pele e mucosas, temperatura timpânica, valores de tensão arterial, intensidade da dor (escala numérica) e características mamárias e mamilares, incluindo presença de colostro. Seguiu-se a inspeção abdominal, verificando globo de segurança de Pinard e globo vesical. Em cesariana, avalei o penso cirúrgico, delimitando com marcador eventuais repasses para controlo evolutivo. Apliquei crioterapia na região perineal sempre que indicado. O períneo foi inspecionado quanto ao estado dos pontos, presença de hematomas e/ou sinais inflamatórios. Os lóquios foram avaliados quanto à quantidade, à coloração e ao odor, com ensino sobre sinais de alarme. Realizei avaliação dos membros inferiores para identificação de edemas e sinais sugestivos de complicações tromboembólicas, e promovi o levante precoce consoante a via de parto e a condição clínica. A preparação para a alta iniciou-se desde a admissão, com educação contínua sobre sinais de alerta para infeção puerperal, cuidados perineais, lóquios, mastite, cuidados com as mamas, extração manual de leite, amamentação e cuidados ao recém-nascido (sinais de alerta, higiene, conforto, coto umbilical, banho, prevenção de acidentes, organização do sono/alimentação). O exame físico do recém-nascido foi realizado na admissão no internamento e posteriormente em cada turno, na presença dos progenitores, promovendo envolvimento parental e espaço para dúvidas e preocupações. Todos estes cuidados foram orientados pelos princípios da Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, privilegiando a atenção plena, a

conexão terapêutica e a valorização da experiência individual da puérpera e da família, promovendo saúde, empatia e cuidado centrado na pessoa.

Reflexão crítica integrada na competência A

vigilância clínica estruturada, a educação para a saúde e o envolvimento ativo dos pais foram determinantes para a transição segura ao domicílio. O percurso reforçou a integração de práticas baseadas na evidência, a importância do reconhecimento precoce de complicações e a necessidade de comunicação clara e contínua para fortalecer competências parentais e a segurança no pós-natal. A aplicação da Teoria de Watson contribuiu para consolidar uma prática humanizada, permitindo combinar rigor técnico com atenção individualizada, empatia e cuidado centrado na experiência única da puérpera e do recém-nascido.

3.2.5. Competência 5 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério

Descritivo.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.

Enquadramento conceptual e intervenções em cuidados de saúde primários.

O climatério é uma fase de declínio ovariano, habitualmente entre a quinta e a sexta década de vida, que conduz à menopausa e pós-menopausa, com alterações hormonais, metabólicas e psicológicas. Em cuidados de saúde primários, desenvolvi acolhimento com escuta ativa e abordagem holística das necessidades físicas, emocionais e sociais, identificando dúvidas, medos e expectativas sobre climatério e menopausa. Esclareci alterações fisiológicas e psicológicas, orientei sobre sintomas comuns, tais como ondas de calor, alterações de humor, secura vaginal e estratégias de manejo, e promovi hábitos saudáveis, incluindo alimentação equilibrada, exercício físico, cessação tabágica e redução do consumo de álcool. Realizei ou articulei RCCU e RCM conforme protocolos e recomendações nacionais, e promovi saúde óssea e cardiovascular. Prestei

apoio psicossocial para adaptação às mudanças hormonais e sociais, papel familiar, sexualidade e autoimagem, com encaminhamento para grupos de apoio ou psicoterapia quando necessário. Na gestão sintomática, avaliei necessidade de terapia hormonal de substituição e esclareci benefícios/riscos, apresentei alternativas não hormonais (p. ex., lubrificantes vaginais) e articulei referência para ginecologia/endocrinologia, nutrição ou fisioterapia para acompanhamento integral. Esta atuação proativa e personalizada visou garantir cuidados especializados, preventivos e de apoio, facilitando a adaptação a esta fase da vida. Todos estes cuidados foram orientados pelos princípios da Teoria do Cuidado Humanístico-Existencial de Jean Watson, privilegiando a atenção plena, a relação terapêutica e o cuidado centrado na mulher como sujeito integral, promovendo saúde, empatia e valorização das experiências individuais.

Reflexão crítica integrada na competência.

A intervenção estruturada e centrada na mulher demonstrou impacto na literacia em saúde, na adesão a estilos de vida saudáveis e na redução do estigma associado ao climatério, reforçando o papel do EESMO na promoção de saúde ao longo do ciclo de vida. A integração dos princípios de Watson permitiu uma prática humanizada, combinando rigor técnico com atenção individualizada, empatia e reconhecimento das necessidades físicas, emocionais e sociais de cada mulher.

3.2.6. Competência 6 – Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade que vivencia processos de saúde/doença ginecológica

Descritivo. Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, no sentido de potenciar a saúde.

Contexto e intervenções em ginecologia (Unidade S).

No estágio em serviço de ginecologia foram acompanhadas 8 mulheres com diversas patologias, incluindo cancro da mama e do colo do útero, gravidez ectópica, abortos (retidos, falhados ou complicados), doença inflamatória pélvica, endometriose e metrorragias. O serviço abrangeu ainda casos de ginecologia geral, uroginecologia, obstetrícia e senologia, com realização de exames complementares de diagnóstico e cirurgias. Desenvolvi competências em cuidados perioperatórios a mulheres submetidas

a histerectomias, mastectomias, salpingectomias, ooforectomias, vulvectomias e outras intervenções por laparoscopia/laparotomia. As atividades incluíram admissão e avaliação pré-operatória (análises, exames, preparação), cuidados pós-operatórios (pensos, avaliação de ferida), ensino para a alta e apoio psicológico, nomeadamente na adaptação a alterações da imagem corporal. Em processo de aborto, prestei cuidados de higiene e conforto, administração de medicação e apoio emocional à mulher e pessoa significativa, com encaminhamento para psicologia quando necessário.

Consulta externa e educação para a saúde.

Na consulta externa, participei em 13 colposcópias e vigilância pós-rastreio, realizei 7 colheitas de citologia e observei 3 conizações, com ensino sobre prevenção do HPV. Participei em consultas de enfermagem ginecológica para acolhimento e avaliação global (história ginecológica, queixas, hábitos de vida, rastreio e deteção precoce de patologia), e acompanhei mulheres com doenças crónicas, com aconselhamento sobre sexualidade e menopausa. Desenvolvi ensinamentos sobre saúde ginecológica e prevenção de doença IST, cancro do colo do útero, endometriose, planeamento familiar, métodos contraceptivos, higiene íntima e autocuidado ginecológico. Prestei apoio psicossocial e familiar, identificando vulnerabilidade, violência doméstica, gravidez não planeada ou infertilidade e articulando encaminhamento para redes de apoio (psicologia, serviço social). Colaborei com equipa médica, psicologia e serviço social em casos complexos, incluindo cancro ginecológico e mutilação genital feminina.

Reflexão crítica integrada na competência.

O estágio permitiu consolidar competências técnicas e relacionais com enfoque em cuidados holísticos e adaptados às necessidades individuais, alinhados com o perfil do EESMO. A integração de educação para a saúde, apoio psicossocial e articulação interprofissional mostrou-se determinante para a qualidade assistencial e para a proteção de direitos e dignidade da mulher em processos de saúde/doença ginecológica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão do percurso formativo no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica permitiu uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, essenciais à consolidação de uma identidade profissional do EESMO. O relatório teve como base experiências clínicas do ENP, sustentadas em prática fundamentada em evidência científica, característica da atuação especializada, permitindo contextualizar e reforçar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico em situações práticas. As aptidões desenvolvidas contribuíram para sedimentar conhecimentos numa perspetiva profissional e potenciar o crescimento pessoal a partir das experiências vivenciadas. A orientação de supervisores revelou-se determinante para a aquisição de aprendizagens significativas e para o início da construção de uma identidade profissional sólida.

O estágio permitiu compreender a importância da intervenção precoce do EESMO junto das mulheres grávidas, em particular daquelas em situações de vulnerabilidade, como vítimas de violência doméstica. A atuação especializada do enfermeiro neste contexto revelou-se essencial para a proteção, sensibilização e empoderamento das utentes, contribuindo diretamente para a melhoria da saúde materno-fetal. A revisão da literatura e a análise de dados recolhidos permitiram identificar estratégias eficazes de intervenção, evidenciando que a implementação de medidas protetivas, o apoio psicológico e a promoção do empoderamento feminino são determinantes para reduzir consequências adversas para a mãe e o feto.

A perceção de cada mulher como um indivíduo singular, com experiências, valores, crenças e necessidades específicas, foi fundamental para desenvolver cuidados individualizados, sensíveis à realidade vivida por cada utente. Este princípio orientou a atualização contínua de competências práticas, associada à capacidade de resiliência necessária para enfrentar situações complexas. A vivência de diferentes contextos clínicos durante o estágio permitiu refletir criticamente sobre metodologias e práticas anteriores, reavaliando conceitos previamente considerados adquiridos. O presente relatório evidencia que a investigação e a prática clínica do EESMO podem contribuir de forma significativa para a melhoria dos cuidados em saúde materna e obstétrica, oferecendo respostas fundamentadas cientificamente, esclarecedoras e desmistificadoras dos receios inerentes à atuação em situações de violência doméstica. Considerando a resistência

natural à mudança, a promoção de intervenções e estratégias de empoderamento baseadas em evidência científica reforça a confiança do EESMO na prestação de cuidados especializados, seguros e humanizados.

Adicionalmente, a experiência adquirida durante o mestrado evidenciou que a atuação do EESMO é transversal, abrangendo desde o período gestacional até ao pós-parto, e que a intervenção precoce em casos de violência doméstica é determinante para o bem-estar das mulheres e para a prevenção de consequências adversas. Os desafios enfrentados, incluindo a diversidade cultural das utentes, limitações de recursos e exigências pessoais e familiares, promoveram um desenvolvimento pessoal e profissional significativo, reforçando a importância da melhoria contínua e da prática reflexiva no exercício do EESMO.

Em síntese, o percurso académico e prático consolidou competências essenciais para a atuação especializada, evidenciando que a sensibilização e o empoderamento das mulheres grávidas em situação de violência doméstica constituem áreas prioritárias de intervenção do EESMO, com impacto direto na promoção da segurança, autonomia e saúde materno-fetal. Conclui-se que os objetivos estabelecidos foram atingidos

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ali, P., Ayyaz, R., McGarry, J., Younas, A., Watson, R., & East, L. (2023). Preparedness of Australian and British nurses and midwives about domestic violence and abuse. *International Nursing Review*, 70(4), 494–500. <https://doi.org/10.1111/inr.12814>
- Al-Marhabi, B. D., Fahim, W. A., Katooa, N. E., & Al-Nujaydi, A. A. (2023). Maternal and fetal outcomes among pregnant women exposed to violence. *Cureus*, 15(9), e44715. <https://doi.org/10.7759/cureus.44715>
- Amel Barez, M., Mirzaii Najmabadi, K., Latifnejad Roudsari, R., et al. (2023). “Empoderamento da família e da sociedade”: Uma análise de conteúdo das necessidades das mulheres iranianas que sofrem violência doméstica durante a gravidez: Um estudo qualitativo. *BMC Women's Health*, 23, 370. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02525-7>
- Araújo, F., Barros, C., & Silva, M. (2023). Fatores associados à violência gestacional: Uma análise multicêntrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3789. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3789>
- Araújo, G. A., Silva, L. P., & Costa, R. F. (2023). Violência por parceiro íntimo na gestação e repercussões na saúde materna e fetal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23(2), 123–135. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292023000200001>
- Babazadeh, R., Sharifi, F., & Amel Barez, M. (2025). Domestic violence in pregnancy: A systematic review of clinical guidelines. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07459-6>
- Bacchus, L. J., Colombini, M., Pearson, I., Gevers, A., Stöckl, H., & Guedes, A. C. (2024). Interventions that prevent or respond to intimate partner violence against women and violence against children: A systematic review. *The Lancet Public Health*, 9(5), e326–e338. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00048-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00048-3)
- Badenes-Sastre, M., Medinilla-Tena, P., Spencer, C. M., & Expósito, F. (2025). Cognitive distortions and decision-making in women victims of intimate partner violence: A scoping review. *Psychosocial Intervention*, 34(1), 23–35. <https://doi.org/10.5093/pi2025a3>
- Barros, C., Caselli, M., & Polubriaginof, C. (2022). Violência doméstica na gestação. *Perspectivas em Medicina Legal e Perícia Médica*.

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley.

Bonfim, E. G., Lopes, M. J. M., & Peretto, M. (2010). Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Escola Anna Nery*, 14(1), 97–104. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000100015>

Brasil. Ministério da Educação. (2017). *Diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em enfermagem*.

Callaghan, J., Morrison, F., & Abdullatif, A. (2018). *Supporting women and babies after domestic abuse: A toolkit for domestic abuse specialists*. Women's Aid Federation of England.

Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género. (2023). *Dados oficiais relativos à violência doméstica em Portugal (3.º trimestre de 2023)*. <https://www.cig.gov.pt/2023/11/dados-oficiais-relativos-a-violencia-domestica-em-portugal-3o-trimestre-de-2023/>

Cot, S., Durand, D., Daniel, S., Paris, S., Millot, I., & Biquet, C. (2022). Prévention au premier trimestre de la grossesse: Perspective des professionnels. *Santé Publique*, 34(1), 71–85. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0071>

Crombie, N., Hooker, L., & Reisenhofer, S. (2017). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2100–2125. <https://doi.org/10.1111/jocn.13376>

Drexler, K. A., Quist-Nelson, J., & Weil, A. B. (2022). Intimate partner violence and trauma-informed care in pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2), 100542. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100542>

El Morr, C., & Layal, M. (2020). Effectiveness of ICT-based intimate partner violence interventions: A systematic review. *BMC Public Health*, 20(1), 1372. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09408-8>

Fan, X. M., & Kim, H. W. (2024). The status of intimate partner violence against pregnant women in contemporary China: A scoping review. *Women's Health Nursing*, 30(1), 41–55. <https://doi.org/10.4069/whn.2024.03.16>

Garcia, E. R., Stoeve, J. K., Wang, P., & Yim, I. S. (2021). Empowerment, stress, and depressive symptoms among female survivors of intimate partner violence attending personal empowerment programs. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19–20), 9557–9579. <https://doi.org/10.1177/0886260519869693>

Gashaw, B. T., Schei, B., & Magnus, J. H. (2018). Social ecological factors and intimate partner violence in pregnancy. *PLOS ONE*, 13(3), e0194681. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194681>

Gibson, C. J., Bahorik, A., Xia, F., Peltz, C., & Yaffe, K. (2024). Intimate partner violence, mental health, and aging-related health among men and women veterans across the lifespan. *Journal of General Internal Medicine*, 39(6), 931–939. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08466-z>

Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O., & Peacock, R. (2005). Histórias de pesquisa em difusão de inovação: Uma abordagem metanarrativa para revisão sistemática. *Ciências Sociais e Medicina*, 61(2), 417–430.

Kleba, M. E., & Wendausen, A. (2009). Empoderamento: Processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde e Sociedade*, 18, 733–743.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice Hall.

Kwagala, B., Nankinga, O., Wandera, S. O., Ndugga, P., & Kabagenyi, A. (2016). Empowerment, intimate partner violence and skilled birth attendance among women in rural Uganda. *Reproductive Health*, 13(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0167-3>

Lockington, E. P., Sherrell, H. C., Crawford, K., Rae, K., & Kumar, S. (2023). Intimate partner violence is a significant risk factor for adverse pregnancy outcomes. *AJOG Global Reports*, 3(4), 100283. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100283>

Macedo, C. M., Miura, P. O., Barrientos, D. M. S., Lopes, G. A., & Egry, E. Y. (2018). Coping strategies for domestic violence against pregnant female adolescents: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl 1), 693–699. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0682>

Neves, P., & Ramalho, N. (2022). Violência conjugal em Portugal: Um olhar sobre a última década (2010-2020). *Revista Temas Sociais*, (2), 117–134. https://doi.org/10.53809/TS_ISS_2022_n.2_117-134

Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). *Violência contra as mulheres*. <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* (Diário da República, 2.ª série, 6 de fevereiro de 2019).

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica* (Diário da República, 2.ª série, 3 de maio de 2019).

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Violência contra a mulher: Prevalência e impactos na saúde*.

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Violence against women during childbirth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Pichon, M., Treves-Kagan, S., Stern, E., Kyegombe, N., Stöckl, H., & Buller, A. M. (2020). Uma revisão sistemática de métodos mistos: infidelidade, ciúme romântico e violência por parceiro íntimo contra as mulheres. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5682. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165682>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9.ª ed.). Artmed.

Ribeiro, M. R. C., Pessoa, B. P. T., Sauaia, G. A., Schraiber, L. B., Queiroz, R. C. de S., Batista, R. F. L., Cruz, J. A. da S., & Silva, A. A. M. da. (2020). Violence against women before and during gestation: Differences in prevalence rates and perpetrators. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(2), 491–501.

Royal College of Midwives. (2024). *Position statement: Violence against women and girls*. https://rcm.org.uk/wp-content/uploads/2024/09/RCM_Position-Statement_Conference_2024_VAWG_1.pdf

Sánchez, O. D. R., Tanaka Zambrano, E., Dantas-Silva, A., Bonás, M. K., Grieger, I., Machado, H. C., & Surita, F. G. (2023). Domestic violence: A cross-sectional study among pregnant and postpartum women. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1525–1539. <https://doi.org/10.1111/jan.15375>

Sapkota, D., Baird, K., Saito, A., & Anderson, D. (2019). Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: A systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0998-4>

Silva, E. P., Costa, M. C., & Lima, A. S. (2011). Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e após a gestação. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1050–1058. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000600010>

Souza, F. B. C. de, Drezett, J., Meirelles, A. de C., & Ramos, D. G. (2012). Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. *Reprodução & Climatério*, 27(3), 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.recli.2013.03.002>

Stöckl, H., & Sorenson, S. B. (2024). Violence against women as a global public health issue. *Annual Review of Public Health*, 45(1), 277–294. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060722-025138>

Vieira, M. A., Lima, C. D. A., Martins, A. C. P., & Domenico, E. B. L. D. (2020). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem.

Watson, J. (2008). Nursing: The philosophy and science of caring (rev. ed.). In *Caring in nursing classics: An essential resource* (pp. 243–264).

APÊNDICES

Apêndice A: MODELO T-005

 Serviços Académicos	Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado PROPOSTA DE PROJETO DE TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO	MODELO T-005 Ano Letivo: <u>2024 / 2025</u>
1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA (A ser emitido apenas em GesDOC)		2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido apenas em GesDOC)
3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE Nome Completo: <u>Maximiano Da Silva</u> Número: <u>m53934</u> Ciclo de Estudos: ☐ 3.º Ciclo ☒ 2.º Ciclo ☐ Mestrado Integrado Curso: <u>Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica</u> Especialidade/Plano Alternativo: _____		
4. CONTACTOS DO ESTUDANTE Telef.: <u>920270292</u> E-mail: <u>m53934@alunos.u-evora.pt</u>		
5. PROPOSTA ☒ Entrega de 1.º Projeto ☐ Entrega de Projeto Reformulado ☐ Entrega de 2.º Projeto por Reingresso ☐ Proposta de Alteração de Projeto Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Se deve preencher os respetivos quadros) ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ Solicito que me seja atribuído o título de Doutoramento Europeu (ao abrigo do Regulamento Académico da Universidade, art.º 164.º a 166.º)		
6. JUSTIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ALTERAÇÃO (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)		
7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso) APRIMOR NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO: ☐ Tese Formato da Tese: ☐ Dissertação sobre o tema de investigação ☐ Compilação de artigos publicados ☐ Dissertação de doutoramento ☐ Obra ou conjunto de obras, ou realizações, com carácter inovador (no domínio das artes) TAMBÉM PERTENCENDO AO MESTRADO INTEGRADO: ☐ Dissertação ☒ Estágio ☐ Trabalho de Projeto		8. LÍNGUA DE REDAÇÃO ☒ Português ☐ Inglês ☐ Espanhol ☐ Francês ☐ Outra: _____
9. TÍTULO DO TRABALHO Título (na língua de redação): <u>Violência Doméstica na Gravidez: O Enfermeiro Obstetra na Sensibilização e Empoderamento das Mulheres</u> Título em Inglês: <u>Domestic Violence during Pregnancy: The Obstetric Nurse in Raising Awareness and Empowering Women</u>		

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Mónica Sofia do Couto Antunes</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>11922442</u> - <u>92a9</u> Tipo de Identificação: ☐ BI ☒ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____	
Telef.: <u>936140904</u> E-mail: <u>monica.antunes@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0001-6773-2933</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: ☐ BI ☐ CC ☐ Passaporte ☐ Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgenc.mec.pt/tp-6/28	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ";"): <u>*Ver campo 13</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
<u>Sensibilização e Empoderamento das Mulheres vítimas de Violência Doméstica</u>	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
*Descritores(DeCS): <u>Violência Doméstica; Gravidez; Empoderamento; Saúde Materna; Privação.</u>	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
☒ Plano de Trabalho ☒ Cronograma ☒ Declaração de Orientador(es) ☐ Declaração da Unidade IBD de acolhimento (deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º ciclo ☐ Outros: _____	Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUE) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da TID/ETP.

Serviços Académicos - Rua Vicente de S. Paulo - 7000-001 Évora - Telefone: 266 780 220 - Fax: 266 780 220 - E-mail: sa@uevora.pt

Apêndice B - APRESENTAÇÃO DO PROJETO NO SERVIÇO

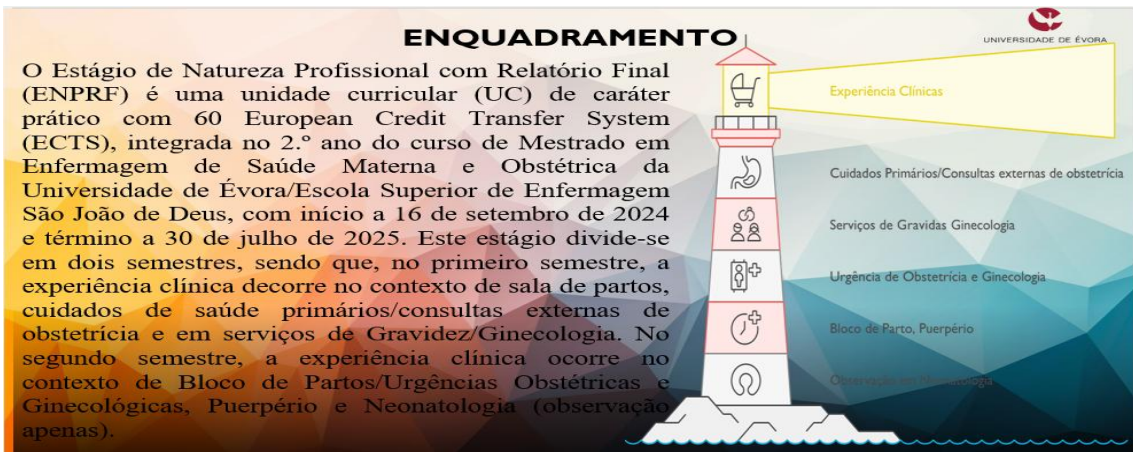


UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA GRAVIDEZ:
O EEESMO NA SENSIBILIZAÇÃO E
EMPODERAMENTO DAS MULHERES**

DOCENTE: PROFESSORA MÓNICA ANTÚNEZ
DISCENTE: MAXIMIANO DA SILVA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL
MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

JANEIRO, 2025

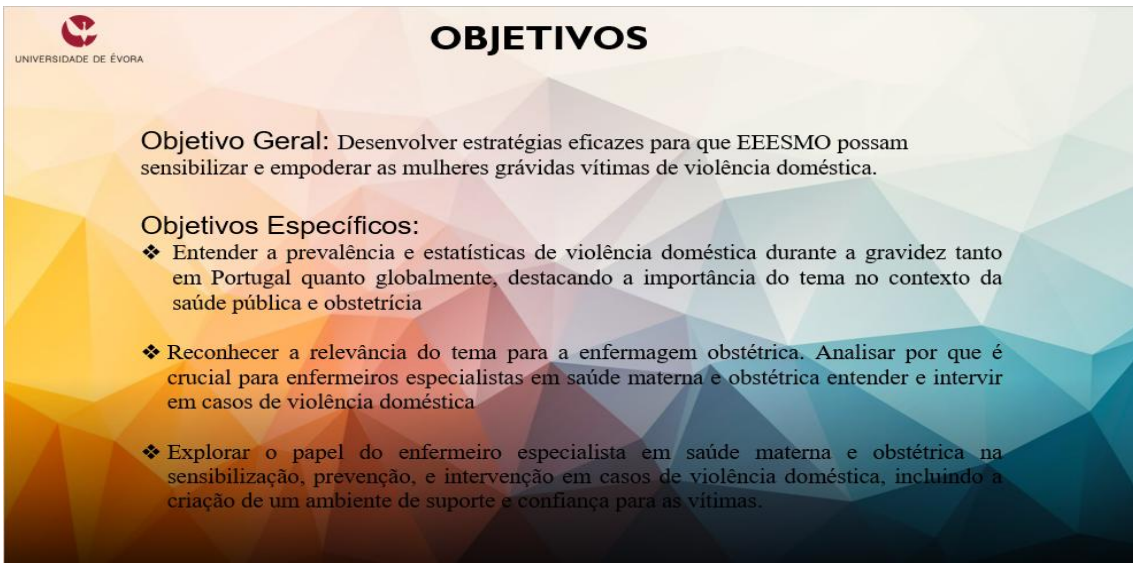


ENQUADRAMENTO

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final (ENPRF) é uma unidade curricular (UC) de caráter prático com 60 European Credit Transfer System (ECTS), integrada no 2.º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, com início a 16 de setembro de 2024 e término a 30 de julho de 2025. Este estágio divide-se em dois semestres, sendo que, no primeiro semestre, a experiência clínica decorre no contexto de sala de partos, cuidados de saúde primários/consultas externas de obstetria e em serviços de Gravidez/Ginecologia. No segundo semestre, a experiência clínica ocorre no contexto de Bloco de Partos/Urgências Obstétricas e Ginecológicas, Puerpério e Neonatologia (observação apenas).

Experiência Clínica

- Cuidados Primários/Consultas externas de obstetria
- Serviços de Gravidas Ginecologia
- Urgência de Obstetria e Ginecologia
- Bloco de Parto, Puerpério
- Observatório Obstetria



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

OBJETIVOS

Objetivo Geral: Desenvolver estratégias eficazes para que EEESMO possam sensibilizar e empoderar as mulheres grávidas vítimas de violência doméstica.

Objetivos Específicos:

- ❖ Entender a prevalência e estatísticas de violência doméstica durante a gravidez tanto em Portugal quanto globalmente, destacando a importância do tema no contexto da saúde pública e obstetria
- ❖ Reconhecer a relevância do tema para a enfermagem obstétrica. Analisar por que é crucial para enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica entender e intervir em casos de violência doméstica
- ❖ Explorar o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na sensibilização, prevenção, e intervenção em casos de violência doméstica, incluindo a criação de um ambiente de suporte e confiança para as vítimas.



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

COMPETÊNCIAS A ADQUIRIR

- Desenvolver a capacidade de analisar estatísticas e estudos de caso para avaliar o risco e o impacto da violência doméstica na gravidez, traduzindo esta análise em prática clínica eficaz
- Adquirir habilidades para discutir temas delicados como a violência doméstica, oferecendo um suporte empático e não julgador às pacientes
- Aprofundar conhecimento sobre o uso de ferramentas e métodos de rastreio para deteção precoce de violência doméstica
- Capacitar-se para intervir de maneira efetiva em situações onde a violência doméstica é identificada, incluindo o encaminhamento para serviços de apoio e segurança para as vítimas



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Contextualização do problema

A violência doméstica é fundamentalmente uma questão de saúde pública, e violação dos direitos humano com impactos amplos na saúde mental e física das grávidas e crianças.

Estima-se que quase 6% das grávidas sofram violência doméstica durante a gravidez, no entanto, é provável que esse número seja muito maior devido à subnotificação generalizada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) uma em cada três mulheres já sofreu violência física ou sexual por parte dos seus parceiros íntimos que corresponde 35% das mulheres a nível mundial.

A OMS define a violência doméstica na gravidez como qualquer forma de abuso psicológico, físico ou sexual perpetrado pelo parceiro íntimo durante a gestação.

Além disso, estudos têm destacado que a violência doméstica durante a gravidez pode incluir ameaças, coerção, humilhação, isolamento, privação de recursos económicos, trabalho ou educação, e outras práticas que prejudicam a saúde física, mental, sexual, social e económica da gestante.

Gibson, H. 2024; OMS, 2024

IMPORTÂNCIA DO TEMA PARA A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

A abordagem da violência doméstica na gravidez é fundamental tanto para a enfermagem quanto para a saúde pública.

Envolve a criação de ambientes seguros e de apoio, a capacitação das gestantes e a implementação de políticas que promovam a saúde e o bem-estar de mães e bebês.

Os enfermeiros, como pontos de contato essenciais, desempenham um papel vital na sensibilização e empoderamento das mulheres, contribuindo para a construção de uma sociedade mais saudável e equitativa.



Karina, et, al 2018

Estatística e prevalências em Portugal e Global

Definição

- Abuso Psicológico
- Abuso Físico
- Abuso Sexual

Violência Doméstica Durante a Gravidez

Portugal

- Estatísticas de 2023: 1.478 pessoas
- 50,1% M
- 48,6% crianças 1,3% H
- Comparação de 2022- 1,577
- Demografia: 1 em cada 3 sofram violência física ou sexual (OMS, 2021)

Prevalência

- Variações Globais 1 em 3 M (30%) a nível mundial
- África 31%, Médio Oriente 33%, Sudoeste Asiático 25%
- América 22%, Países de alta renda 20%

CIC, 2023; OMS, 2021

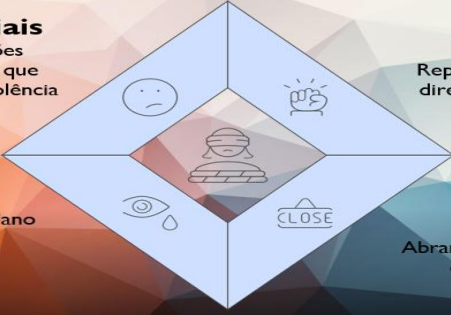
Tipos de Violência Doméstica

Fatores Sociais
Destaca as questões sociais mais amplas que contribuem para a violência

Física
Representa o dano e abuso direto infligido às mulheres

Psicológico
Envolve manipulação e dano mental às mulheres

Sexual
Abrange atos sexuais coercitivos e ameaças às mulheres



Redondo, 2023, Araújo, et, al, 2020



IDENTIFICAÇÃO E RASTREIO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

O período pré e pós-natal também são momentos em que parte do isolamento da violência doméstica pode ser quebrado, por meio de muitas consultas com profissionais de saúde.

Muitas vezes servindo como o primeiro ponto de contato para pessoas grávidas, os EEESMO têm uma oportunidade única de criar um espaço seguro e sem julgamento para as vítimas de violência doméstica revelarem o abuso doméstico.

Os profissionais de Saúde enfrentam barreiras para lidar com o abuso doméstico, desde pressões de tempo até lacunas de treinamento e restrições de recursos.

O EEESMO está em uma posição incomparável para identificar os sinais de comportamento abusivo, incluindo controle coercitivo, que as mulheres sob seus cuidados podem estar enfrentando.

Gibson, H. 2024; Royal College of Midwives, 2024

PROCEDIMENTO DE ATUAÇÃO NO HFF

Existem três protocolos de atuação em situação de violência no Hospital.

1- Protocolo de Violência Interpessoal/ Violência Doméstica (Urgência de Ginecologia-Obstetrícia)

2 - Atuação na Violência Sexual no Adulto

Objetivos: Uniformizar e difundir a abordagem aos casos de suspeita de violência sexual nos serviços de urgência Geral, Urgência Básica e Urgência de Ginecologia e Obstetrícia.

3- Comunicação de causas de admissão ao Posto da PSP do HFF

Objetivos: Difundir e uniformizar o procedimento de comunicação ao posto da PSP do HFF. Identificar as causas de admissão que devem ser automaticamente reportadas ao posto da PSP do HFF.

Garantir o encaminhamento seguro das causas de admissão identificadas no presente procedimento

Garantir a privacidade dos utentes.

Urgência Geral e Urgência Básica, (2021); Urgência de obstetrícia e Ginecologia, (2019); Equipa de Prevenção Violência no Adulto, (2023)

Instrumento Informal Para identificação de Violência Doméstica na Gravidez e Empoderamento das Mulheres

Secção 1: Dados Pessoais

- Idade: _____
- Semanas de gravidez: _____
- Estado civil: _____
- Número de filhos: _____

Secção 2: Sinais de Violência Doméstica

- Alguma vez sentiu que alguém próximo de si, como o seu parceiro(a), controlava as suas ações ou decisões?
☐ Sim
☐ Não
- Durante a gravidez, sentiu-se ameaçada, insultada ou desrespeitada por alguém próximo?
☐ Sim
☐ Não
- Já se sentiu insegura em casa ou em situações relacionadas com alguém próximo?
☐ Sim
☐ Não
☐ Às vezes
- Alguma vez foi impedida de procurar cuidados de saúde ou contactar amigos e familiares?
☐ Sim
☐ Não

Secção 3: Empoderamento e Recursos

- Sabe onde procurar apoio em caso de necessidade (ex.: serviços de apoio, linhas de ajuda)?
☐ Sim
☐ Não
- Considera que dispõe de recursos suficientes para tomar decisões sobre a sua vida e o bem-estar da sua família?
☐ Sim
☐ Não
- Indique quais destes recursos seriam úteis para si ou outras mulheres na sua situação:
☐ Educação
☐ Apoio psicológico
☐ Acesso a cuidados de saúde
☐ Programas de formação profissional
☐ Grupos de apoio

Secção 4: Sugestões e Feedback

- Que medidas considera importantes para melhorar o apoio às mulheres em situações de violência?
- Há algo mais que gostaria de partilhar sobre a sua experiência ou necessidades?



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

- Araújo, D. L., Barbosa, I. A., Coimbra, N. X., & Costa, C. S. C. (2020). **Violência doméstica na gestação: aspectos e complicações para mulher e o feto.** *REVISTA CIENTÍFICA DA ESCOLA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE GOLÁS" CÂNDIDO SANTIAGO"*, 6(1), 64-76.
- De Araújo, S. G., Oliveira, Y. R. V., Machado, L. D. S. B., Vieira, N. S. S., & Pena, I. L. (2023). **Gravidez e violência doméstica no contexto da atenção básica.** *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 18(2), 22-26.
- Fiorotti, K. F., Amorim, M. H. C., Lima, E. D. F. A., Primo, C. C., Moura, M. A. V., & Leite, F. M. C. (2018). **Prevalência e fatores associados à violência doméstica: estudo em uma maternidade de alto risco.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(3), e0810017. P C. (2023, novembro 4). *Dados Oficiais relativos à Violência Doméstica em Portugal*. CIG; Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Redondo, S. A. V. (2023). *Um panorama abrangente da violência contra a mulher: causas e consequências* (Bachelor's thesis,).
- Silva, R. D. P., & Leite, F. M. C. (2020). **Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados.** *Revista de Saúde Pública*, 54, 97.
- Wikipedia contributors. *Violência doméstica em Portugal*. Wikipedia, The Free Encyclopedia.
- Gibson, H. (2024, dezembro 10). *Domestic Abuse Commissioner's 16 Days guest blog*. Royal College of Midwives
- Royal College of Midwives, (2024, abril 9), *Violence against women and girls*

Anexo A - CERTIFICADO DE POSTER



**Jornadas Internacionais EdSex-Évora. Sexualidade em Foco:
Diálogos e Desafios no Ensino Superior**
2 e 3 de junho 2025

CERTIFICADO

Certifica-se que o POSTER intitulado Sexualidade, Fertilidade e Identidade Feminina no Contexto Oncológico:

Desafios Psicossociais e Cuidados em Rede da autoria de Sara Rosa Afonso, Maximiano da Silva, Mónica Antunes, Ana Frías foi exposto durante as **Jornadas Internacionais EdSex-Évora. Sexualidade em Foco: Diálogos e Desafios no Ensino Superior**, que se realizaram em Évora/Portugal nos dias 02 e 03 de junho de 2025.

Évora, 5 de Junho de 2025

Assinado por: **Maria Eugénia Prates Simões**
Num. de Identificação: 05242406

A Comissão
Organizadora das
Jornadas Internacionais
EdSex-Évora Sexualidade
em Foco: Diálogos e

Desafios no Ensino
Superior