

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

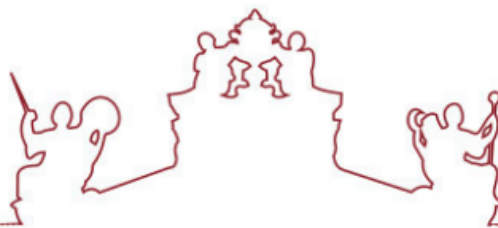
Relatório de Estágio

Desafios Culturais no Trabalho de Parto: O Papel dos Enfermeiros Obstetras nos Resultados Perinatais

Inês Cabrita Atanásio

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

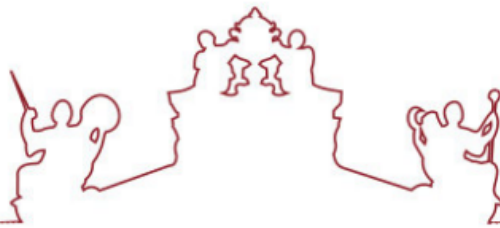
Desafios Culturais no Trabalho de Parto: O Papel dos Enfermeiros Obstetras nos Resultados Perinatais

Inês Cabrita Atanásio

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025





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 da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Galhanas (Universidade de Évora) (Arguente)
Maria Otilia Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

Esta conquista é mais do que o fim de um percurso académico, é a concretização de um sonho construído com dedicação, resiliência e o apoio incondicional de pessoas especiais. A todas elas, a minha eterna gratidão.

À Professora Doutora Otília Zangão, pelo apoio contínuo, pela exigência construtiva e pelo incentivo constante à superação, que foram fundamentais para o meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

Às supervisoras clínicas, Andrea, Bárbara, Isabel, Paula, Nilza e Rita, pelos ensinamentos, generosidade e contributo valioso para o meu crescimento profissional.

À minha filha Amélia, por seres a minha maior inspiração e motivação para continuar esta jornada. A mamã ama-te muito.

Ao João, meu companheiro de todos os dias, por nunca me deixares desistir e por me salvares nas batalhas informáticas que este percurso exigiu.

Aos meus pais, por estarem sempre lá, por acreditarem em mim e por cuidarem da Amélia, com tanto amor, sempre que precisei de tempo para perseguir este sonho.

À família Ramos e Reis por serem um porto seguro e acolherem a minha filha, com todo o carinho, dando-me a confiança necessária para enfrentar os desafios académicos.

Aos meus avós, Bernardina e António, que já partiram, mas deixaram em mim tudo o que sou. Este sonho também é deles.

À Inês, companheira incansável no primeiro ano, e presença constante no segundo ano, mesmo com uma Nonô a florescer dentro de si, celebrando cada conquista e acolhendo cada devaneio.

Aos meus amigos, por compreenderem a minha ausência e por celebrarem comigo cada pequena conquista.

Acrónimos/Siglas

ACM – Alto Comissariado para as Migrações

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APA – *American Psychological Association*

APF – Associação para o Planeamento Familiar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

BP – Bloco de Partos

CCU – Cancro do Colo do Útero

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

DPN – Diagnóstico Pré-Natal

DR – Diário da República

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ENPRF – Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

EpS – Educação para a Saúde

ESESJD – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HPP – Hemorragia Pós-Parto

IB – Índice de *Bishop*

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MIPEX – *Migrant Integration Policy Index*

MMF – Medicina Materno-Fetal

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NIPT – Teste Pré-Natal Não Invasivo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OIM – Organização Internacional para as Migrações

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCA – *Patient-Controlled Analgesia*

PF – Planeamento Familiar

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPPP - Programas de Preparação para o Parto e Parentalidade

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RN – Recém-Nascido

SCD/E – Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SO – Sala de Observações

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SU – Serviço de Urgência

SUOG – Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

TAS – Técnica Auxiliar de Saúde

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UE – Universidade de Évora

ULS – Unidade Local de Saúde

UN DESA – *United Nations Department of Economic and Social Affairs*

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

VCE – Versão Cefálica Externa

WHO – World Health Organization

Título: Desafios Culturais no Trabalho de Parto: O Papel dos Enfermeiros Obstetras nos Resultados Perinatais

RESUMO

Enquadramento: O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, realizado em vários contextos clínicos, teve como finalidade desenvolver e consolidar competências teórico-práticas, comuns e específicas, no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Objetivo: Analisar a aquisição de competências comuns e específicas dos Enfermeiros Obstetras, destacando a influência dos desafios culturais no trabalho de parto e nos resultados perinatais. **Metodologia:** Realizado sob supervisão clínica e orientação pedagógica, baseado em observação participante, reflexão crítica e revisão integrativa da literatura. Aplicação dos pressupostos da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger na análise de situações clínicas.

Resultados: Foram desenvolvidas competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, sendo os desafios culturais, como práticas tradicionais e barreiras linguísticas, integrados nos cuidados prestados com competência cultural. **Conclusão:** Os objetivos delineados foram alcançados, destacando-se a importância do papel do Enfermeiro Obstetra na adaptação dos cuidados aos diferentes contextos culturais, através de uma prática humanizada. Recomenda-se a implementação de protocolos sensíveis à diversidade cultural e a formação contínua dos profissionais.

Descritores: Gravidez; Parto; Enfermeiros Obstetras; Migrantes; Diversidade Cultural

Title: Cultural Challenges in Labor: The Role of Obstetric Nurses in Perinatal Outcomes

ABSTRACT

Framework: The Professional Internship with Final Report, carried out in various clinical settings, aimed to develop and consolidate both common and specific theoretical-practical competencies within Maternal and Obstetric Health Nursing. **Objective:** To analyze the acquisition of common and specific competencies of obstetric nurses, highlighting the influence of cultural challenges during labor and on perinatal outcomes. **Methodology:** Conducted under clinical supervision and pedagogical guidance, based on participant observation, critical reflection, and an integrative literature review. The principles of Leininger's Cultural Care Theory were applied in the analysis of clinical situations. **Results:** Common and specific competencies of the Specialist Nurse were developed, with cultural challenges such as traditional practices and language barriers identified and integrated into the care provided with cultural competence. **Conclusion:** The established objectives were achieved, emphasizing the importance of the Obstetric Nurse's role in adapting care to different cultural contexts through humanized practice. The implementation of protocols sensitive to cultural diversity and continuous professional training is recommended.

Descriptors: Pregnancy; Childbirth; Nurse Midwives; Transients and Migrants; Cultural Diversity

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	14
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	16
1.1.1. Consultas Externas de Obstetrícia: Consulta Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal ...	20
1.1.2. Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica	22
1.1.3. Internamento de Puerpério	29
1.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.....	31
1.2. ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS	32
1.3. METODOLOGIA	34
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	42
2.1. REVISÃO INTEGRATIVA: DESAFIOS CULTURAIS NO TRABALHO DE PARTO	43
2.1.1. Introdução	43
2.1.2. Métodos	44
2.1.3. Resultados	46
2.1.4. Discussão	47
2.1.5. Conclusão.....	52
2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	54
2.3. DISCUSSÃO GERAL	63
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS	66
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	66
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	76
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	121
ANEXO A – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO COMO PÓSTER NAS XVII JORNADAS INTERNACIONAIS DE OBSTETRÍCIA, SUBORDINADAS AO TEMA “POR UMA VIDA MELHOR...”	122
ANEXO B – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO “DIA INTERNACIONAL DO EEESMO: UM PILAR EM TEMPOS DE CRISE”	123
ANEXO C – ESCALA DE GOODWIN MODIFICADA	124
ANEXO D – PARTOGRAMA DA UNIDADE F	125
ANEXO E – PARTOGRAMA DA UNIDADE P	126
APÊNDICES	127
APÊNDICE A – PROJETO DE ESTÁGIO	128
APÊNDICE B – RELATO CASO “INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ”	130
APÊNDICE C – MODELO REFLEXIVO DE GIBBS: PREMATURIDADE	132
APÊNDICE D – PÓSTER COM A TEMÁTICA “DESAFIOS CULTURAIS NO TRABALHO DE PARTO”	137
APÊNDICE E – LIVRO-PANFLETO INFORMATIVO “TEMOS ALTA! E AGORA?”	138
APÊNDICE F – FORMAÇÃO EM SERVIÇO “PRÉ-ECLÂMPSIA: APLICAÇÃO DO PROTOCOLO”	143
APÊNDICE G – APRESENTAÇÃO “TRABALHO DE PARTO EM CONTEXTOS MULTICULTURAIS: DESAFIOS E BOAS PRÁTICAS”	144
APÊNDICE H – SÍNTESE DA ANÁLISE DE ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO DA LITERATURA	145
APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANALGESIA EPIDURAL (HINDI E NEPALI)	149
APÊNDICE J – QR CODES DO PANFLETO INFORMATIVO “TEMOS ALTA! E AGORA?”	151
APÊNDICE K – PÓSTER “PRÉ-ECLÂMPSIA: APLICAÇÃO DO PROTOCOLO”	152
APÊNDICE L – CONTABILIZAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS NOS CONTEXTOS CLÍNICOS	153

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional.....	15
Figura 2. Caracterização da ULS.....	16
Figura 3. Divisão territorial do Algarve por concelhos	17
Figura 4. Número de partos/cesarianas no SNS em Portugal.....	18
Figura 5. Nados-vivos por nacionalidade da mãe	19
Figura 6. Modelo Sunrise de Madeleine Leininger.....	41
Figura 7. Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa	46
Figura 8. Infográfico da revisão integrativa.	53
Figura 9. Distribuição dos partos acompanhados pela mestranda durante o ENP	54
Figura 10. Grupo etário das parturientes: portuguesas vs migrantes.....	55
Figura 11. Parturientes assistidas: portuguesas vs migrantes.....	56
Figura 12. Distribuição das parturientes migrantes por nacionalidade	56
Figura 13. Tempo de Permanência, em meses, em Portugal: mulheres migrantes vs companheiros	57
Figura 14. Paridade das mulheres migrantes e portuguesas	58
Figura 15. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por tipo de parto.....	58
Figura 16. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por planeamento da gravidez	59
Figura 17. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por vigilância da gravidez.....	60
Figura 18. Comparação do acesso ao médico de família: mulheres migrantes vs portuguesas	60
Figura 19. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por realização de PPPP	61
Figura 20. Utilização de analgesia epidural em mulheres migrantes vs portuguesas	62
Figura 21. Distribuição dos RN de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por idade gestacional.....	62
Figura 22. Comparação do peso ao nascer: RN de mães migrantes e portuguesas.....	63

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Rácio EEESMO – Utente	33
Tabela 2. Distribuição dos Profissionais de Enfermagem por Contextos Clínicos	34

INTRODUÇÃO

A Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus [ESESJD] é uma unidade orgânica da Universidade de Évora [UÉ], dedicada ao ensino, investigação e prestação de serviços na área da enfermagem. Contempla como oferta formativa o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MESMO], um curso de 2º ciclo que confere o grau de Mestre. Este programa formativo encontra-se devidamente registado na Direção-Geral do Ensino Superior (R/A-Ef 1783/2011/AL03) e conta com parecer favorável por parte da Ordem dos Enfermeiros [OE] (SAI-OE/2023/599). O objetivo é assegurar a aquisição de conhecimentos e competências indispensáveis à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO]. As competências necessárias encontram-se dispostas no Regulamento nº140/2019, de 6 de fevereiro, onde estão definidas as Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas e no Regulamento nº391/2019, de 3 de maio, onde estão definidas as Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019a; OE, 2019b). A consolidação dos conhecimentos e competências estabelecidas nos respetivos regulamentos habilita o EEESMO a assumir a vigilância e promoção da saúde da mulher ao longo de todo o seu ciclo reprodutivo, incluindo os períodos pré-concepcional, pré-natal, intraparto e pós-parto. Abrange ainda a responsabilidade pela promoção da saúde e a deteção precoce de complicações do recém-nascido [RN] até ao seu 28º dia de vida. O EEESMO intervém igualmente em áreas como a educação sexual, planeamento familiar, saúde ginecológica e climatério, prestando cuidados centrados na mulher, mas sempre considerando o seu contexto familiar e social. Estas competências adquiridas devem refletir numa prática clínica especializada, sustentada por conhecimento científico atualizado e com uma abordagem humanizada.

O Plano de Estudos do MESMO encontra-se publicado em Diário da República [DR] no Aviso nº15812/2019, de 7 de outubro de 2019, e integra o Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF]. Esta Unidade Curricular [UC] está creditada com 60 *European Credit Transfer and Accumulation System* [ECTS] e decorreu entre 16 de setembro de 2024 e 20 de junho de 2025, tendo sido estruturada em dois semestres, e contemplou os seguintes contextos clínicos: Consulta Externa de Obstetrícia; Internamento de Grávidas Patológicas/Ginecologia; Bloco de Partos; Internamento de Puérperas e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Os objetivos do ENPRF encontram-se descritos na sua íntegra no planeamento da UC e abordam o cuidado à mulher/companheiro inseridos na família/comunidade; a aquisição de

conhecimentos teórico-práticos e baseados em evidência científica; e a defesa de um Relatório de Estágio, onde se encontra descrito de forma pormenorizada as competências adquiridas em cada contexto clínico, em provas públicas.

No decorrer do ENPRF, a mestranda selecionou o tema “Desafios Culturais no Trabalho de Parto: O Papel dos Enfermeiros Obstetras nos Resultados Perinatais”, com a finalidade de consolidar conhecimentos sobre a influência dos fatores culturais na prestação dos cuidados obstétricos. O processo de nascimento, apesar de ser um fenómeno universal, é profundamente influenciado por fatores culturais que moldam as expectativas, as vivências e as decisões da mulher durante o trabalho de parto [TP]. A forma como cada grávida interpreta este momento está intrinsecamente ligada aos seus valores, crenças e práticas culturais, o que pode influenciar não só o seu bem-estar, como também os resultados perinatais (Lopes et al., 2022).

Segundo World Health Organization [WHO] (2018a), o respeito pela cultura de cada mulher/casal tem muita relevância para uma experiência de parto positiva. Neste contexto, o enfermeiro obstetra deve assumir um papel ativo na promoção de cuidados culturalmente sensíveis e adequados, que respeitem a individualidade de cada mulher/casal e favoreçam uma vivência de parto seguro e positivo. Compreender os desafios culturais emergentes e desenvolver estratégias de comunicação e intervenções eficazes torna-se essencial para mitigar possíveis barreiras no cuidado, reduzir desigualdades e melhorar os resultados maternos e neonatais. Assim, o presente trabalho visa refletir sobre o papel dos enfermeiros obstetras face à diversidade cultural no trabalho de parto, e qual a sua contribuição para a humanização dos cuidados e a qualidade dos resultados perinatais.

Durante a realização do Estágio de Natureza Profissional [ENP], considerou-se essencial a adoção de um modelo concetual que sustente a prática clínica de cuidados especializados. Sob essa perspetiva, foi selecionada a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger. Esta teoria reforça o cuidar como essência da enfermagem e sublinha a importância de uma abordagem holística da pessoa, que contemple os fatores sociais, a visão do mundo, a sua história, os valores culturais, o contexto ambiental e a orientação religiosa ou espiritual (Leininger & McFarland, 2006).

Leininger (2001), defende que compreender as perspetivas culturais das pessoas relativamente ao cuidar permite utilizar esse conhecimento para orientar a prática de enfermagem, de forma a ter uma prestação de cuidados culturalmente coerentes, responsáveis e adequados aos valores, crenças e necessidades de cada indivíduo/família.

No âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, esta abordagem apresenta particular importância, uma vez que o EEESMO assume um papel central na promoção de cuidados individualizados e humanizados em todas as etapas do ciclo reprodutivo da mulher. A diversidade cultural das utentes exige não só competência técnica, mas também sensibilidade cultural, para adaptar as intervenções às expectativas, vivências e significados que cada mulher atribui à gravidez, ao parto e ao puerpério. Assim, ao integrar os princípios da teoria de Leininger, o EEESMO contribui para melhorar a experiência da mulher/família, promovendo a equidade dos cuidados, o respeito pela diferença e a humanização da assistência em contextos marcados pela crescente multiculturalidade.

O presente Relatório de Estágio apresenta de forma crítica, reflexiva e analítica o percurso relativo à aquisição das competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional dos EEESMO. Este percurso foi contextualizado por uma perspetiva sensível às realidades multiculturais, com especial enfoque nos desafios emergentes durante o trabalho de parto, analisando de que forma influenciam a prática clínica e os resultados perinatais, e como os profissionais podem adaptar os cuidados para garantir uma resposta segura, humanizada e culturalmente competente. Nesse sentido o objetivo deste relatório é analisar a aquisição de competências comuns e específicas dos Enfermeiros Obstetras, destacando a influência dos desafios culturais no trabalho de parto e nos resultados perinatais.

A estrutura do relatório foi elaborada segundo as normas para realização de trabalhos académicos e científicos escritos na ESESJD da UÉ, presente na Ordem de Serviço n.º 01/2023 (ESESJD, 2023). A elaboração escrita seguiu o manual da *American Psychological Association* [APA] (2020, 7.ª Edição) e foi utilizado o *software* gerenciador de referências Zotero. O texto encontra-se elaborado em concordância com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

No decorrer da formação, os estudantes de enfermagem desenvolvem saberes, habilidades e práticas que irão culminar no desenvolvimento de um conjunto de competências que os habilitam a prestar cuidados seguros e de qualidade. Sendo os contextos clínicos os locais de eleição para o desenvolvimento dessas competências (Leal et al., 2018). A realização do ENP implicou a elaboração de um Projeto de Estágio (Apêndice A), no qual se delineou os objetivos, geral e específicos a adquirir no decorrer do percurso formativo, assim como a temática na qual a mestrandia pretende aprofundar conhecimentos e que dá o título ao relatório.

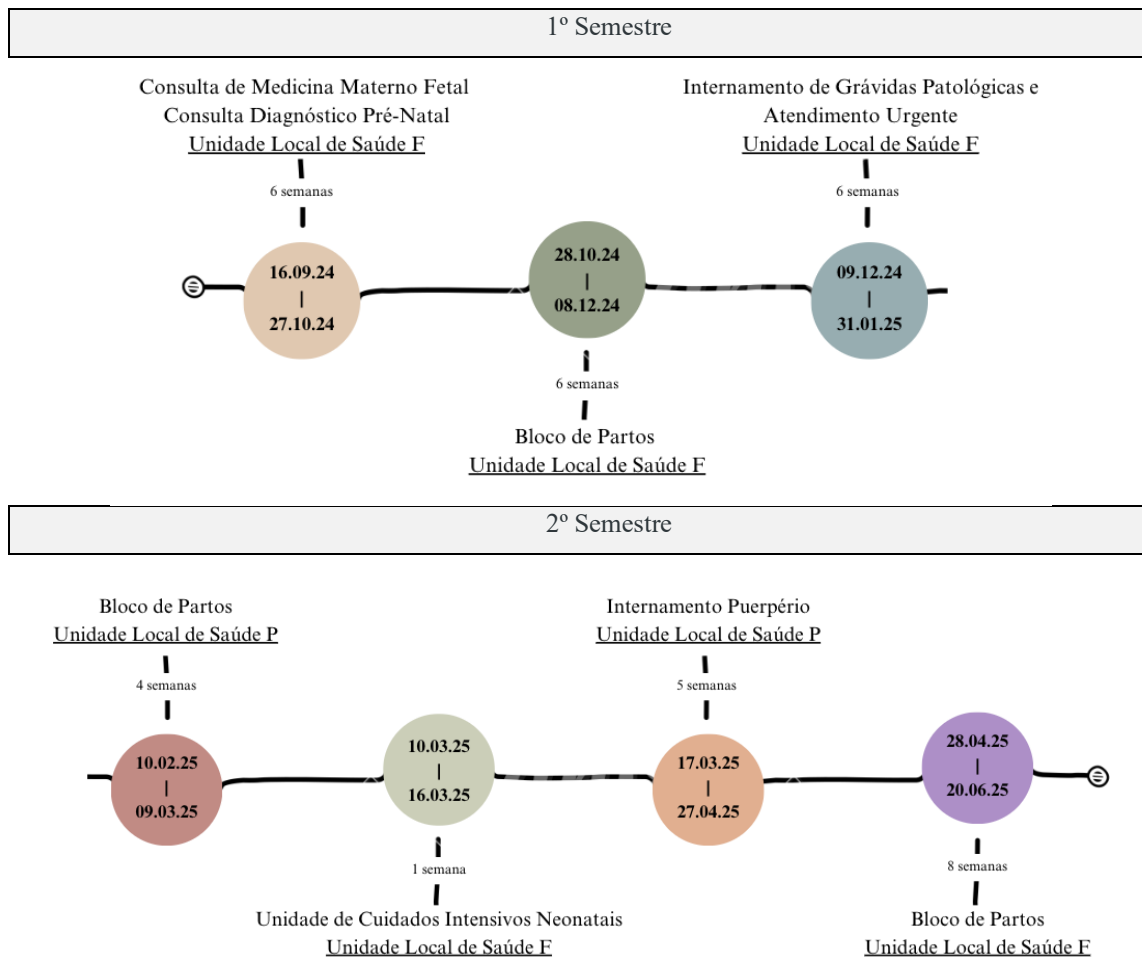
O ENP decorreu em duas Unidades Locais de Saúde [ULS], ambas localizadas a sul do Tejo, sendo designadas de ULS F e P. Este foi desenvolvido no decurso do segundo ano do MESMO, em dois semestres, cada um deles correspondendo a 18 semanas de contacto em diferentes contextos clínicos: Consultas Externas de Obstetrícia, que engloba a Consulta de Medicina Materno Fetal [MMF] e Diagnóstico Pré-Natal [DPN]; Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia [SUOG]; Bloco de Partos; Internamento de Grávidas Patológicas; Internamento de Puerpério; e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], tal como detalhado na Figura 1.

Ao longo destes diferentes contextos clínicos, foi possível contactar com uma grande variedade de equipas multidisciplinares e distintas metodologias de trabalho. Este percurso possibilitou assegurar cuidados especializados em saúde materna e ginecológica, com enfoque na assistência à grávida, parturiente, puérpera e utentes do foro ginecológico, bem como no apoio às respetivas famílias e aos seus RN. Relativamente a estes últimos, houve ainda oportunidade de observar cuidados específicos na área da neonatologia.

A experiência nestes diversos contextos permitiu consolidar conhecimentos previamente apreendidos e desenvolver novas competências. A supervisão clínica em enfermagem assume particular relevância no desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros enfermeiros, constituindo uma ferramenta fundamental para promover competências essenciais, nomeadamente a capacidade de tomada de decisão e a resolução de problemas em contexto prático (Pascoal & Souza, 2021). O processo de aprendizagem concretiza-se através da vivência de experiências diversificadas e da reflexão sobre as mesmas, possibilitando assim a construção progressiva do conhecimento próprio. A interação entre enfermeiros altamente qualificados e

experientes e os futuros profissionais de enfermagem proporciona a oportunidade de construir uma base sólida de conhecimentos teóricos e práticos (Aviz et al., 2022).

Figura 1. Contextos clínicos do Estágio de Natureza Profissional



Fonte: Elaboração Própria

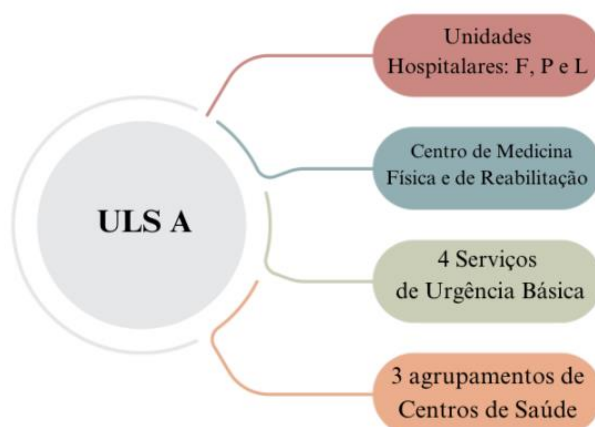
Neste capítulo, serão detalhadamente apresentados os contextos clínicos onde decorreu o ENP, incluindo uma descrição pormenorizada da infraestrutura, dos meios técnicos e humanos disponíveis, complementada por uma análise de indicadores estatísticos pertinentes. Além disso, será explorada a dinâmica de funcionamento de cada contexto, destacando as suas particularidades, bem como a influência exercida no processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional da mestranda.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

O direito à proteção da saúde é reconhecido como um direito fundamental em Portugal, desde 1976. Para garantir esse direito, foi criado o Serviço Nacional de Saúde [SNS], instituído pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. O SNS organiza-se em três níveis de cuidados: cuidados primários, que asseguram a proximidade à comunidade; cuidados hospitalares, que oferecem maior diferenciação técnica em situações de referência clínica, urgência ou emergência; e cuidados continuados integrados, centrados na reabilitação e reinserção de pessoas dependentes (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

O envelhecimento da população, o aumento da prevalência de doenças crónicas e as crescentes expectativas dos cidadãos exigem uma melhoria contínua no acesso e na eficiência dos serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se essencial desenvolver modelos organizacionais que integrem os cuidados primários e hospitalares, mantendo o foco centrado nas pessoas. É com base neste princípio que surgem as Unidades Locais de Saúde [ULS]. Na sequência da reformulação do SNS, em janeiro de 2024, o Centro Hospitalar Universitário A passou a denominar-se ULS A, integrando os agrupamentos de Centros de Saúde I, II e III, conforme o artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). A ULS A, tal como exposto na Figura 2, é composta por três unidades hospitalares (F, P e L), um Centro de Medicina Física e de Reabilitação, quatro Serviços de Urgência Básica e três agrupamentos de Centros de Saúde (ULS do Algarve, 2024).

Figura 2. Caracterização da ULS



Fonte: Elaboração própria com base nos dados obtidos na ULS do Algarve, 2024

A ULS A é uma referência no SNS, prestando cuidados de saúde primários e diferenciados numa área de 5.412 km², que abrange os 16 concelhos da região (Figura 3). Serve uma população residente de aproximadamente 467 mil habitantes, número que pode triplicar durante a época alta do turismo. Para além da assistência clínica, a ULS A contribui ativamente para a formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando com instituições de ensino superior em cursos de enfermagem e ciências da saúde (ULS do Algarve, 2024).

Figura 3. Divisão territorial do Algarve por concelhos



Fonte: <https://www.go2algarve.com/en/>

De acordo com os Censos de 2021, o Algarve é uma das regiões que registou maior crescimento populacional, seguido pela área metropolitana de Lisboa. No contexto regional algarvio, sobressaem os concelhos de Portimão, Faro, Lagos e Loulé como aqueles que evidenciaram o maior incremento demográfico (INE, 2022).

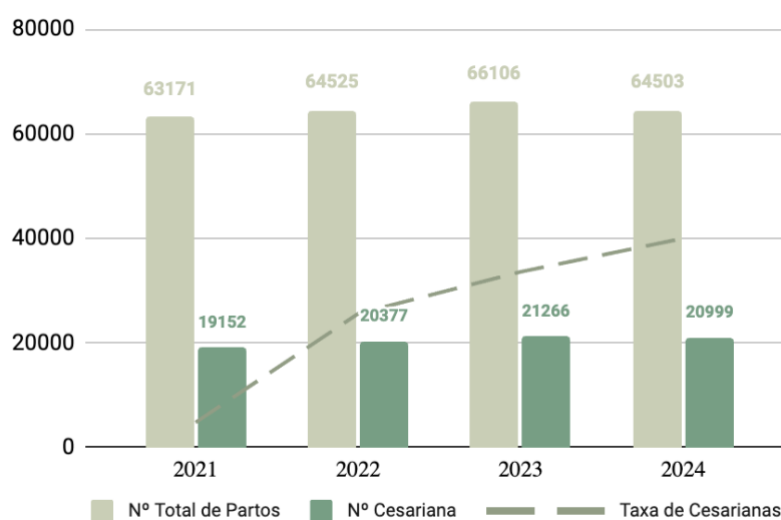
A plataforma digital SNS Transparência é um portal de acesso livre que disponibiliza dados estatísticos relativos ao SNS. Através desta ferramenta, foi possível apurar que, no período compreendido entre setembro de 2024 e junho de 2025, registaram-se 2.974 partos nas Unidades F e P. Durante o ano de 2024, contabilizaram-se 3.590 partos no total, dos quais 1.236 corresponderam a cesarianas, o que representa uma taxa de 34,43% (SNS, 2024). Embora a cesariana seja a via de parto mais adequada em determinadas situações clínicas, nomeadamente em casos de placenta prévia, rotura uterina ou sofrimento fetal, nas gestações de baixo risco, esta intervenção encontra-se associada a índices superiores de morbilidade e mortalidade materna, quando comparada ao parto vaginal (*American College of Obstetricians and Gynecologists* [ACOG], 2024).

Apesar de a cesariana ser essencial em situações clinicamente indicadas, o seu uso tem aumentado globalmente, muitas vezes sem benefícios significativos para a saúde materna ou neonatal. Além disso, está associada a custos elevados para os sistemas de saúde. Desde 1985,

a comunidade médica internacional tem recomendado uma taxa ideal de cesarianas entre 10% e 15%. Apesar de estudos mais recentes questionarem a evidência que sustenta esse intervalo, mantém-se o consenso de que taxas superiores a 10% não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal (WHO, 2018b).

Em 2013, face às taxas de cesariana superiores aos valores recomendados pela Organização Mundial de Saúde [OMS], Portugal criou, através da Direção-Geral da Saúde [DGS], a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, com o objetivo de propor medidas concretas para a sua diminuição. Estas medidas estão descritas no Despacho n.º 3482/2013, de 5 de março (Ministério da Saúde, 2013). Para alcançar esse objetivo, foram elaboradas, uma norma e cinco orientações técnicas dirigidas aos profissionais de saúde. Entre elas, destaca-se a adoção da Classificação de Robson, que permite categorizar as cesarianas com base nas principais características da gravidez, facilitando a realização de auditorias clínicas mais eficazes (DGS, 2015a). Apesar dessas iniciativas, em 2024, 32,5% dos partos realizados no SNS foram por cesariana, uma taxa que continua a crescer anualmente, conforme demonstra a figura 4, com dados SNS Transparência (2024).

Figura 4. Número de partos/cesarianas no SNS em Portugal



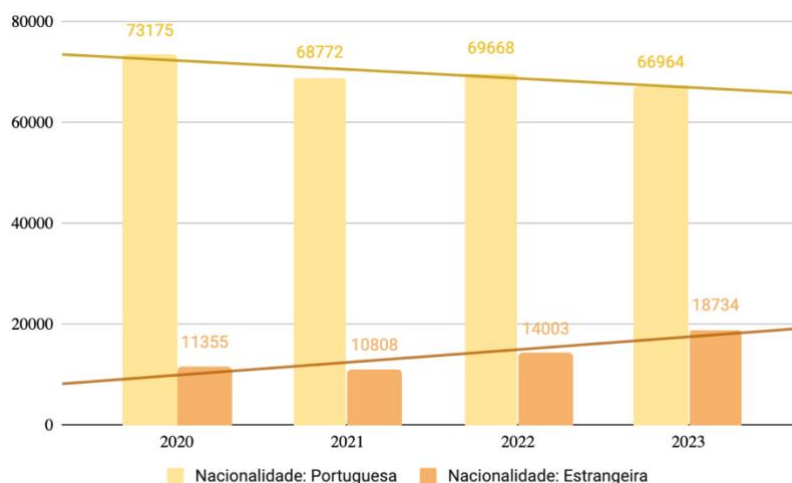
Fonte: Elaborada pela própria através dos dados obtidos pelo SNS Transparência (2024)

A natalidade em Portugal registou um decréscimo nos anos de 2020 e 2021, em consequência da pandemia por COVID-19. A partir de 2022, observou-se uma recuperação no número de nascimentos, tendência que se manteve até 2024, embora com uma ligeira redução face a 2023 (United Nations Department of Economic and Social Affairs [UN DESA], 2024). É relevante destacar que as mulheres de nacionalidade estrangeira residentes em Portugal têm

sido as principais responsáveis pelo aumento da natalidade. Em 2024, dos 84.059 bebés nascidos, 26,3% eram filhos de mães estrangeiras, com maior incidência nos municípios do Algarve e da Grande Lisboa (INE, 2025).

A taxa de natalidade entre mulheres estrangeiras é significativamente superior à das mulheres portuguesas, evidenciando uma tendência crescente desde 2015, quando a representatividade passou de 8,4% para 21,9% em 2023 (INE, 2024; Oliveira, 2023). Esta evolução demográfica está associada, entre outros fatores, à maior concentração de mulheres em idade fértil na população estrangeira. A Figura 5 ilustra claramente este aumento na natalidade entre mulheres estrangeiras, com base nos dados estatísticos disponibilizados pelo INE (2024).

Figura 5. Nados-vivos por nacionalidade da mãe



Fonte: elaborada pela própria através dos dados obtidos no INE (2024)

Até 2054, prevê-se que a imigração se torne o principal fator de crescimento populacional em diversos países (UN DESA, 2024). Segundo a Organização das Nações Unidas [ONU], considera-se imigrante a pessoa que se estabelece num país diferente do seu, por um período superior a um ano. Por sua vez, a Organização Internacional para as Migrações [OIM] (2024) define migrante como qualquer indivíduo que se afaste do seu local habitual de residência, seja temporária ou permanentemente, por motivos diversos. Esta definição abrange tanto pessoas com estatuto legal definido como aquelas cujo enquadramento jurídico não está claramente estabelecido pelas normas internacionais.

No entanto, estas definições nem sempre são aplicadas de forma uniforme na produção de estatísticas migratórias, o que dificulta a comparação entre países. Em Portugal, por exemplo, o critério utilizado para estimar a dimensão e características da população migrante baseia-se

na nacionalidade dos residentes, e não no local de nascimento (Oliveira, 2023). Mais de metade dos imigrantes que chegaram ao país vieram em contexto de reunificação familiar, seguido pelo motivo laboral como segunda principal razão de entrada no país (Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza, 2024).

Procede-se, de seguida, à apresentação dos distintos contextos clínicos nos quais se desenvolveu o ENP.

1.1.1. Consultas Externas de Obstetrícia: Consulta Medicina Materno-Fetal e Diagnóstico Pré-Natal

As consultas externas de obstetrícia englobam a Consulta de MMF e a Consulta de DPN, ambas localizadas no segundo piso do edifício hospitalar da ULS F. Estas decorrem em dois gabinetes distintos, embora equipados de forma semelhante. Cada gabinete de enfermagem dispõe de uma secretária, computador com acesso ao sistema de informação [SI] evolutivo e informático: *SClínico*® Hospitalar para registos clínicos, cadeiras para o profissional de saúde, grávida/puérpera e acompanhante, esfigmomanómetro digital, balança para monitorização do peso corporal e armários com material clínico necessário.

Na mesma área, existe uma casa de banho comum a profissionais e utentes, uma sala equipada com dois cardiotocógrafos e dois cadeirões, dois gabinetes médicos de apoio à consulta de DPN e dois gabinetes destinados à realização de ecografias obstétricas. Estes gabinetes possuem secretária, computador com acesso ao SI *SClínico*® Hospitalar, marquesa e ecógrafo. Numa zona adjacente, encontra-se ainda um gabinete médico de apoio à consulta de MMF, com equipamento idêntico aos demais gabinetes médicos.

A consulta de MMF assegura o acompanhamento da gravidez em situações de doença materna pré-existente, patologia específica da gravidez ou risco elevado de complicações fetais. A deteção precoce e a orientação clínica adequada dos desvios à normalidade na preconceção, gravidez, parto e puerpério têm impacto significativo na saúde da mulher e do bebé. A melhoria dos cuidados obstétricos e perinatais tem contribuído para desfechos positivos, mesmo em casos de doenças crónicas graves. Entre os desafios atuais, destacam-se o aumento da idade materna e a prevalência de obesidade (Campos & Pinto, 2022). A equipa multidisciplinar da consulta de MMF é composta por médicos obstetras, duas EEESMO, enfermeiras de cuidados gerais, técnicos auxiliares de saúde [TAS] e pessoal administrativo. A consulta decorre de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 13h00, sendo seguida pela consulta de referência obstétrica entre as 14h00 e as 17h00, destinada a grávidas entre as 39 e 40 semanas de gestação, ou

antecipadamente, em caso de fatores de risco (DGS, 2023a). Nesta fase, o bem-estar materno-fetal é avaliado principalmente através da cardiocografia [CTG], que monitoriza a frequência cardíaca fetal [FCF], a contratilidade uterina e os movimentos fetais (Sequeira et al., 2020).

A Consulta de DPN tem como principal objetivo a deteção precoce de anomalias fetais *in* útero. Estas anomalias podem ser classificadas como *minor* ou *major*, sendo que as últimas podem ser incompatíveis com a vida ou associar-se a morbilidade grave e incapacidades prolongadas (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO], 2018).

O DPN é recomendado quando as decisões clínicas sobre o seguimento da gravidez dependem de informações detalhadas sobre o feto. Os critérios para a sua realização incluem: presença de uma anomalia com diagnóstico claro; risco elevado para o casal; existência de tratamento eficaz para a condição identificada; e aceitação, por parte do casal, de uma possível interrupção da gravidez em caso de feto afetado (Tavares et al., 2017). O Rastreio Combinado do 1.º Trimestre, inicialmente associado à idade materna (devido ao maior risco de aneuploidias em grávidas com mais de 35 anos), é atualmente recomendado a todas as grávidas entre as 11 semanas e as 13 semanas e 6 dias. O seu objetivo é estimar o risco individual para as principais trissomias (13, 18 e 21). Este rastreio inclui a colheita de sangue venoso periférico para doseamento da fração beta da hormona gonadotrofina coriónica humana (β -hCG) e da proteína A plasmática associada à gravidez (PAPP-A), cujos resultados são combinados com a idade materna e marcadores ecográficos, como a translucência da nuca e a presença dos ossos nasais (Miragaia et al., 2020). Um resultado positivo neste rastreio não constitui um diagnóstico, mas indica um risco aumentado de anomalias, justificando a realização de exames invasivos, como a amniocentese ou a biópsia das vilosidades coriónicas. Mais recentemente, surgiu o teste pré-natal não invasivo (NIPT), que analisa fragmentos de *Deoxyribonucleic Acid* fetal livre (*cell-free DNA*) no sangue materno com elevada sensibilidade. No entanto, um resultado positivo neste teste requer sempre confirmação por meio de diagnóstico invasivo (Tavares et al., 2017).

A equipa multidisciplinar da consulta de DPN é composta por médicos obstetras, uma EEESMO, enfermeiras de cuidados gerais, TAS e pessoal administrativo. A consulta decorre de segunda a sexta-feira, entre as 09h00 e as 17h00. A EEESMO é responsável pela realização do rastreio combinado do 1.º trimestre, pelas consultas de enfermagem de DPN e por dar apoio à equipa médica durante procedimentos invasivos, como a amniocentese, a biópsia das vilosidades coriónicas e os feticídios.

1.1.2. Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

No contexto clínico do SUOG, a atividade decorre em duas unidades hospitalares distintas: Unidade F e Unidade P, embora pertencentes à mesma ULS, apresentam especificidades organizacionais e funcionais próprias. De seguida, irei abordar cada uma destas unidades em detalhe.

Unidade F

O SUOG da Unidade F está localizado no quinto piso do edifício principal e integra o Departamento da Mulher e da Criança, que abrange diversas valências, como o Atendimento Urgente – Admissão, o Internamento de Grávidas Patológicas, o Bloco de Partos [BP] e o Bloco Operatório [BO], sendo este último exclusivamente destinado à realização de cesarianas eletivas, urgentes e emergentes.

O percurso da utente inicia-se no Serviço de Urgência [SU] Central, onde é submetida à Triagem de Manchester e, posteriormente encaminhada para o quinto piso. As grávidas são acompanhadas por uma TAS do SUOG, enquanto as utentes com afeções ginecológicas são acompanhadas por uma TAS do SU Central. As utentes aguardam na sala de espera, equipada com 15 cadeiras, uma televisão e duas máquinas de venda automática, até serem chamadas para admissão por um médico ou um EEESMO. Nos casos em que a utente chega através do Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM] ou dos Bombeiros, é admitida diretamente, sem necessidade de aguardar.

O SUOG é composto por uma equipa multidisciplinar que inclui médicos obstetras/ginecologistas, pediatras, anestesistas, EEESMO, enfermeiros de cuidados gerais, TAS e pessoal administrativo. Estas equipas enfrentam desafios específicos, exigindo colaboração interdependente e comunicação constante. A tomada de decisão é partilhada, sendo enriquecida pelos conhecimentos técnicos, competências específicas e experiências prévias de cada profissional, com o objetivo comum de garantir cuidados eficazes e promover a recuperação das utentes (Freitas, 2023).

Atendimento Urgente – Admissão

Na área de Admissão, são prestados cuidados obstétricos e ginecológicos às mulheres que recorrem ao serviço. Este espaço é composto por duas salas de admissão (designadas por Admissão 1 e Admissão 2), uma casa de banho, uma sala de observações [SO] e uma sala destinada à higienização de materiais e gestão de resíduos clínicos.

A Admissão 1, localizada à esquerda da entrada do serviço, está equipada com uma secretária, computador para registos médicos informatizados, esfigmomanómetro digital,

cortina para garantir a privacidade da utente, uma marquesa ginecológica, um ecógrafo e um armário com material clínico de consumo. À direita da entrada encontra-se a Admissão 2, com características semelhantes à Admissão 1, mas com uma extensão adicional que inclui uma sala com dois cadeirões e dois cardiotocógrafos, destinada à realização de CTG às grávidas. Este exame não invasivo é particularmente útil em situações clínicas que requerem vigilância adicional, como gravidezes de risco, suspeita de sofrimento fetal ou relato de diminuição dos movimentos fetais. A sua aplicação nesta fase do atendimento contribui para uma triagem mais precisa e uma resposta clínica mais célere (Sequeira et al., 2020).

A SO, integrada na área de Admissão, dispõe de um cadeirão, um cardiotocógrafo, uma cama de parto (utilizada em casos de parto iminente ou quando as salas de parto estão ocupadas) e um armário com material clínico de uso frequente.

A Admissão constitui o primeiro ponto de atendimento especializado, onde as utentes são avaliadas e encaminhadas para cuidados imediatos, assegurando uma resposta ágil e adequada às suas necessidades. Habitualmente, são escalados dois EEESMO para este posto, contudo, devido à escassez de recursos humanos, tem-se verificado apenas um EEESMO fica nestas funções.

Internamento de Grávidas

A unidade de internamento de grávidas recebe mulheres com patologias maternas e/ou fetais que exigem cuidados especializados e vigilância contínua. Também são admitidas grávidas em fase latente do TP ou em processo de indução. A indução do TP consiste na iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas com o objetivo de o antecipar antes do seu início espontâneo, sendo realizada por métodos mecânicos ou medicamentosos, conforme avaliação das características cervicais, expressas pelo Índice de *Bishop* [IB], conforme orientações da DGS (2015b). Este procedimento é indicado quando não há contra-indicações para o parto vaginal e quando a espera pelo início espontâneo acarreta mais riscos do que a própria indução. Para que a indução seja realizada, o IB deve ser igual ou superior a 5, caso contrário, é necessário promover a maturação cervical. Entre as condições médicas e obstétricas que justificam a indução, estão a hipertensão materna, restrição de crescimento fetal, oligoâmnios, idade gestacional superior a 39 semanas, rutura prematura de membranas, diabetes gestacional e a morte fetal (Graça, 2017; Tsakiridis et al., 2020).

Nesta unidade, a indução é realizada com perfusão de ocitocina quando o IB é superior a 6, caso contrário, utilizam-se misoprostol por via vaginal ou jugal, dinoprostona ou a colocação

de uma algália *Foley*, com o objetivo de estimular a libertação de prostaglandinas. Todos os cuidados subsequentes seguem rigorosamente os protocolos definidos pelo serviço.

O espaço físico é compartilhado com o Internamento de Ginecologia, estando afeto ao Internamento de Grávidas uma sala de enfermagem e cinco enfermarias, sendo cada uma delas composta por três camas elétricas e três mesas de cabeceira, perfazendo um total de 15 unidades. Por vezes, torna-se necessário fazer uma gestão de camas, quando um dos internamentos - Ginecologia ou Grávidas se encontra lotado. Em cada unidade há uma campainha, uma rampa de oxigénio e uma cortina móvel que garante a privacidade das grávidas. Na área comum existem armários para arrumação de pertences pessoais, um lavatório e uma mesa de refeições com três cadeiras. O espaço dispõe ainda de uma casa de banho com três compartimentos equipados com chuveiros, frequentemente utilizados pelas parturientes como estratégias não farmacológicas de alívio da dor na fase latente do TP. Métodos como a hidroterapia, ajudam a aliviar a dor, reduzir o stress e a ansiedade, promovendo maior satisfação e bem-estar físico, além de favorecerem a dilatação cervical. Este método, por ser acessível e de fácil aplicação, deve ser incentivado pelos EEESMO, conforme Oliveira et al. (2021).

A sala de enfermagem está equipada com uma casa de banho para os profissionais, quatro computadores para registos clínicos informatizados através do SI *SCLínico*® Hospitalar, e um ecrã conectado à central *Omnview-SisPorto*®, que permite a visualização em tempo real dos CTG. O serviço dispõe de um armário com material de apoio e terapêutica, registada no sistema Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia [GHAF], além de equipamentos como esfigmomanómetro digital, termómetro, seis cardiotocógrafos, ecógrafo portátil, duas bombas infusoras e um doppler fetal portátil. O horário de visitas decorre entre as 13h00 e as 21h00.

O internamento de grávidas tem como objetivo proporcionar cuidados especializados e vigilância contínua a mulheres com complicações gestacionais ou necessidade de monitorização, assegurando um ambiente seguro para a saúde materna e fetal ao longo da gravidez. A equipa afeta ao serviço é composta habitualmente por dois EEESMO, podendo, em situações de escassez de recursos humanos, ser composta por um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Bloco de Partos

O BP dispõe de quatro salas de parto, sendo que uma delas funciona alternadamente como SO, utilizada apenas quando as restantes estão indisponíveis. Neste espaço são admitidas grávidas de alto risco que requerem vigilância contínua, bem como parturientes em fase ativa do TP, definida como o período entre a dilatação cervical ≥ 5 cm com apagamento/extinção \geq

80% e a dilatação completa (DGS, 2023b). Após a admissão, as parturientes são monitorizadas com CTG contínuo, através de toco transdutor e cardio transdutor *wireless*, permitindo a deambulação com maior conforto. O CTG intraparto contribui para a prevenção de intervenções desnecessárias e lesões por hipóxia ou acidose, reduzindo a morbimortalidade neonatal, embora tenha aumentado as taxas de cesarianas e partos instrumentados devido à suspeita de sofrimento fetal (Sequeira et al., 2020; Graça, 2017).

Cada sala dispõe de uma cama elétrica, cardiotocógrafo conectado à central *Omnview-SisPorto*®, seringa e bomba infusora, um sistema de *Patient-controlled Analgesia* [PCA], campainha, rampa de oxigénio, mesa de apoio móvel, armário com material clínico, candeeiro *pantoff*, banco para profissionais e cadeirão para o acompanhante. A mesa de apoio é utilizada conforme a necessidade clínica, tanto na preparação do material para analgesia epidural como na organização da trouxa de parto e equipamento de proteção individual. De acordo com a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, é permitida a presença contínua do acompanhante designado pela grávida durante o TP e puerpério imediato, o que promove sentimentos de segurança, apoio emocional e fortalecimento dos laços familiares (Neves et al., 2024).

A sala inclui ainda uma bancada para cuidados imediatos ao RN, composta por uma gaveta com material de consumo, aquecedor, banheira, rampa de oxigénio, aspirador de secreções e balança. Todas as salas possuem ar condicionado, luminosidade regulável e colunas ligadas a um rádio central, podendo ser utilizadas conforme o desejo da parturiente. Estão disponíveis recursos não farmacológicos para alívio da dor, como bola de Pilates, kit de massagem, aromaterapia e, quando possível, acesso ao banho de chuveiro no Internamento de Grávidas.

Relativamente aos métodos farmacológicos, a analgesia epidural é assegurada sempre que clinicamente indicada e desejada pela parturiente. Durante o ENP, foi possível oferecer a opção de *walking epidural*, com recurso à PCA. A mudança de posição, especialmente a verticalização, favorece a progressão do TP, promovendo contrações mais eficazes, melhor oxigenação fetal e menor risco de sofrimento fetal (Zangão & Lobão, 2023).

Após partos eutócicos ou distócicos com ventosa ou fórceps, as puérperas são encaminhadas para a sala de recobro, com capacidade para três mulheres, onde permanecem durante o Período de *Greenberg*, também denominado como puerpério imediato, geralmente definido como as duas primeiras horas após a dequitação. Este período exige monitorização rigorosa devido ao risco de complicações como hemorragia pós-parto [HPP], atonia uterina ou alterações hemodinâmicas, sendo essencial a avaliação do globo de segurança de *Pinard* e da involução uterina (Silva et al., 2023a).

Na primeira hora de vida do RN, conhecida como *Golden Hour*, recomenda-se o contacto pele-a-pele e a amamentação precoce. Este contacto promove a libertação de ocitocina na mãe, facilitando a expulsão da placenta, a involução uterina e a redução da perda sanguínea. Para o RN, contribui para a estabilização dos parâmetros vitais, reforço do vínculo mãe-filho e sucesso na amamentação (Widström et al., 2019). Os EEESMO devem apoiar a iniciação da amamentação na primeira meia hora após o nascimento, conforme as recomendações da OMS/*United Nations International Children's Emergency Fund* [UNICEF] no âmbito da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, de forma a contribuir para o sucesso do aleitamento materno e, consequentemente, proteger o RN da aquisição de infeções e reduzir a mortalidade neonatal (Levy & Bértolo, 2012). Em 2023, esta iniciativa foi encerrada, sendo substituída pela Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno, criada pelo Despacho n.º 13056/2023, com o objetivo de implementar práticas favoráveis ao aleitamento nas instituições de saúde (Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, 2023). As três unidades da sala de recobro estão equipadas com uma maca, campainha, mesa de refeições, cadeiras para acompanhantes, carro com material de apoio e lavatório.

No mesmo espaço físico do BP existem duas salas operatórias: uma destinada a cesarianas emergentes, urgentes e eletivas, bem como cirurgias ginecológicas emergentes; a outra, anteriormente usada para reanimação neonatal, foi adaptada como sala operatória em contexto de plano de contingência devido a obras no Bloco Operatório Central. Ambas estão equipadas com uma maca operatória, dois carros, um de anestesia e outro de circulante, ambos com todo o material e terapêutica necessários, ventilador, candeeiro *pantoff*, mesas de apoio a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, e dois computadores com acesso ao sistema informático *PaTIENT.CARE*®. Entre as salas existe uma zona de sujos que lhes dá apoio.

Após cesarianas, as puérperas são encaminhadas para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos [UCPA], uma sala de recobro com capacidade para uma mulher, onde permanecem sob vigilância clínica durante duas horas antes de serem transferidas para o Serviço de Internamento de Puerpério. Esta unidade está equipada com armário com material clínico, maca, campainha, cadeirão para o acompanhante e esfigmomanómetro digital para monitorização dos parâmetros vitais a cada 15 minutos.

Face ao plano de contingência anteriormente descrito, o BP adaptou uma das salas de parto para funcionar como sala de Reanimação Neonatal. Esta sala dispõe de duas incubadoras para reanimação e cuidados imediatos ao RN, cada uma equipada com fonte de calor, aspirador de secreções e rampa de oxigénio. Estão também disponíveis uma balança, uma banheira, um

armário com material de consumo, uma estufa com lençóis aquecidos e um frigorífico para medicação que requer conservação em frio. A escolha desta sala deve-se à sua proximidade à UCIN, facilitando a transferência dos RN sempre que necessário.

A área do BP inclui ainda um armazém clínico com todo o material necessário, uma sala de enfermagem equipada com dois computadores para registos médicos e de enfermagem no SI *SCLínico*® Hospitalar, e um ecrã para visualização em tempo real dos traçados cardiocográficos através da central *Omnview-SisPorto*®. Conta também com um gabinete destinado à Enfermeira Gestora, uma copa para refeições e uma casa de banho para os profissionais. Para situações de emergências, o serviço dispõe de um carro de emergência homologado segundo a Orientação n.º 008/2011 da DGS.

O BP é um espaço onde nascem novas vidas, onde uma equipa multidisciplinar trabalha para garantir segurança, acolhimento e respeito, proporcionando à mulher, à família e ao RN um ambiente humanizado e preparado para os desafios do TP.

A equipa de enfermagem está distribuída pelos turnos da manhã (8h–16h), tarde (15h30–00h) e noite (23h30–8h30), sendo alocados dois EEESMO ao BP em cada turno. Na sala operatória, a equipa é composta por um enfermeiro circulante, um enfermeiro anestesista e um enfermeiro instrumentista, funções geralmente asseguradas por Enfermeiros de Cuidados Gerais. Desta forma, cada turno conta com cinco enfermeiros, garantindo a qualidade e segurança dos cuidados prestados no BP e no BO.

Unidade P

A Unidade P é uma das três que integram a ULS A, prestando cuidados de saúde diferenciados a mulheres grávidas e/ou com patologia ginecológica. No entanto, por não ser um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, sempre que existe necessidade clínica, seja por patologia materna ou neonatal, as grávidas, puérperas ou RN são transferidos por ambulância, acompanhados por um profissional de saúde, para a Unidade F ou outras unidades de referência.

O SUOG da Unidade P localiza-se no segundo piso e integra o Departamento da Mulher e da Criança, que abrange diversas valências, nomeadamente o Atendimento Urgente – Admissão, o BP, o BO e o Internamento de Grávidas e Puerpério.

Atendimento Urgente – Admissão

O setor de Admissão dispõe de quatro salas: duas são destinadas à observação de grávidas e duas à avaliação de utentes do foro ginecológico. Todas as salas estão equipadas com uma secretária com computador para registos clínicos informatizados, utilizando o SI *SCLínico*®

Hospitalar e o software clínico ALERT®, uma marquesa, um ecógrafo e armários com material de consumo necessário. Adicionalmente, existe uma sala equipada com duas marquesas e dois cardiocógrafos conectados à central *Omnview-SisPorto*®, permitindo a monitorização do bem-estar materno-fetal das grávidas que recorrem ao SUOG.

Bloco de Partos

O BP dispõe de cinco salas, cada uma equipada com cama elétrica de partos, cardiocógrafo conectado à central *Omnview-SisPorto*®, sendo que três destas salas possuem transdutores *wireless*, permitindo a deambulação das parturientes, esfigmomanómetro digital, bombas e seringas infusoras, armário com material de consumo e bancada para cuidados imediatos ao RN, composta por banheira e balança. Uma das salas está especialmente direcionada para mulheres que optam por uma abordagem menos intervencionista, dispendo de banco de parto e rebozo. O rebozo é uma técnica tradicional mexicana, cada vez mais difundida, que utiliza movimentos aplicados ao longo do corpo para proporcionar relaxamento e alívio da dor durante a gravidez e o parto (Tandoğan & Oskay, 2024).

As cinco salas de parto partilham duas casas de banho, onde as parturientes podem tomar banho de chuveiro como estratégia não farmacológica de alívio da dor. Para além do banho, o BP oferece outras medidas como musicoterapia, kit de massagem de relaxamento, bola de Pilates, controlo da iluminação e sistema de ar condicionado, permitindo a regulação da temperatura conforme o conforto da mulher. A criação de ambientes seguros e acolhedores é essencial na assistência à mulher/casal, pois a sensação de segurança favorece o relaxamento e o bem-estar, potenciando a ação das hormonas do parto, como a ocitocina e as endorfinas. Ambientes concebidos para respeitar a fisiologia do parto estão associados à redução do uso de analgesia intraparto, de partos instrumentados e de episiotomias (MCEESMO, 2022).

Após partos eutócicos ou distócicos com ventosa ou fórceps, as puérperas são encaminhadas para a sala de recobro, com capacidade para duas mulheres durante o puerpério imediato. Este espaço está equipado com duas macas, mesa de reanimação neonatal, incubadora, cadeiras para acompanhantes, campainhas, esfigmomanómetro digital e armários com material de consumo.

No mesmo espaço físico do BP, está disponível, nos dias úteis entre as 08h00 e as 20h00, um BO destinado à realização de cesarianas programadas, urgentes e emergentes. Fora deste horário, as cesarianas urgentes/emergentes são encaminhadas para o BO central. Após cesarianas, as puérperas são transferidas para a UCPA, com capacidade para duas mulheres. Esta unidade está equipada com secretária e computador para registos no SI SClínico®

Hospitalar e no sistema informático *PaTIENT.CARE®*, duas macas, cadeiras para acompanhantes, esfigmomanómetros digitais para monitorização contínua e armário com material de consumo.

A área do BP inclui ainda um armazém clínico com todo o material necessário, uma sala de trabalho para preparação da terapêutica, uma sala de enfermagem com dois computadores para registos no SI SClínico® Hospitalar e preenchimento do partograma digital através do módulo *Maternum Partogram* do *Omnview-SisPorto®*, bem como um ecrã para visualização em tempo real dos CTG. Conta também com um gabinete destinado à Enfermeira Gestora, uma copa para refeições e uma casa de banho para os profissionais de saúde. Para emergências, o serviço dispõe de um carro de emergência homologado, conforme a Orientação n.º 008/2011 da DGS.

Este serviço é composto por uma equipa multidisciplinar que integra médicos ginecologistas/obstetras, pediatras, anestesistas, enfermeiros EESMO, enfermeiros de cuidados gerais, TAS e pessoal administrativo. Nos dias úteis, os turnos da manhã (8h–16h) e da tarde (15h30–00h) são assegurados por dois EEESMO no Atendimento Urgente – Admissão, na impossibilidade de alocar dois especialistas, um dos postos pode ser ocupado por um Enfermeiro de Cuidados Gerais. No BP, estão igualmente alocados dois EEESMO, podendo, em caso de escassez de recursos humanos, ser substituído um dos elementos por um Enfermeiro de Cuidados Gerais, que assume também a responsabilidade pelo recobro das puérperas.

No BO, entre as 08h00 e as 20h00, a equipa é composta por três enfermeiros: circulante, anestesista e responsável pela UCPA, funções habitualmente desempenhadas por Enfermeiros de Cuidados Gerais. Durante este período, o serviço conta com um total de sete enfermeiros a prestar cuidados. Após as 20h00, no turno da noite (23h30–08h30), bem como aos fins de semana e feriados, não há equipa afeta ao BO, mantendo-se apenas quatro enfermeiros em funções, assegurando os cuidados essenciais no BP e na Admissão.

1.1.3. Internamento de Puerpério

Situado no segundo piso da Unidade P, o Internamento de Puerpério integra o Departamento da Mulher e da Criança, sendo responsável pela prestação de cuidados a puérperas e respetivos RN, bem como a grávidas com patologias que requerem internamento. O serviço de Obstetrícia dispõe de sete enfermarias, cada uma equipada com três camas elétricas articuladas, perfazendo 21 camas. Cada unidade inclui uma mesa de apoio, uma

campainha e uma rampa de oxigénio, sendo delimitadas por cortinas móveis para garantir a privacidade.

Na área comum, encontram-se disponíveis uma casa de banho, um fraldário, uma banheira para o RN, uma mesa de refeições, uma televisão e armários identificados para arrumação dos pertences pessoais. As puérperas são transferidas do BP, acompanhadas pelos seus RN, exceto em situações que exigem internamento neonatal na UCIN. Para segurança, é colocada uma pulseira eletrónica no RN, que permanece até à alta, conforme estipulado no Despacho n.º 20730/2008, de 7 de agosto (Ministério da Saúde, 2008).

A duração do internamento varia conforme o tipo de parto: 48 horas após parto vaginal e 72 horas após cesariana, exceto situações clínicas que justifiquem estadia prolongada da díade. No momento da alta, é preenchido o formulário “Notícia de Nascimento” no SI SClínico® Hospitalar, permitindo a articulação com os Cuidados de Saúde Primários, conforme a Norma n.º 013/2015 da DGS (2015c).

O serviço dispõe de uma sala de trabalho de planta aberta com visibilidade para o corredor, equipada com quatro computadores para registos médicos e de enfermagem no SI SClínico® Hospitalar. Conta ainda com uma sala de tratamentos, uma sala de sujos, uma casa de banho para profissionais, um gabinete para a enfermeira gestora, uma copa e um armazém clínico com todo o material necessário, incluindo berços e bombas de extração de leite.

Adjacente ao serviço encontra-se o Cantinho de Amamentação, que funciona diariamente entre as 9h00 e as 17h00. Após a alta, entre dois/três dias, as puérperas são contactadas por Enfermeiras Conselheiras em Aleitamento Materno (CAM), que prestam apoio e aconselhamento, podendo agendar consulta presencial no Cantinho, se necessário. Segundo a OMS e a UNICEF, deve ser promovido o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses e de forma complementar até aos dois anos ou mais (WHO, 2023). Embora seja um ato natural, a amamentação requer aprendizagem e apoio para que se estabeleça de forma saudável. O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável estabelece como meta, até 2030, alcançar uma taxa de aleitamento materno exclusivo de 50% (Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde, 2023).

A equipa multidisciplinar do serviço é composta por médicos obstetras, pediatras, dois EEESMO, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] com funções de gestão, enfermeiros de cuidados gerais, assistente social, TAS e pessoal administrativo. No turno da manhã (08h–16h), estão escalados cinco enfermeiros, incluindo um CAM, que permanece no Cantinho da Amamentação e um EEESMO, que além

de puérperas e RN, fica também responsável pelas grávidas internadas. Nos turnos da tarde (15h30–00h) e da noite (23h30–08h30), estão escalados dois enfermeiros, sem presença de EEESMO nem enfermeiro afeto ao Cantinho, nestes períodos, as grávidas internadas são acompanhadas pelos EEESMO que trabalham no SUOG.

A distribuição das puérperas e respetivos RN é feita proporcionalmente entre os enfermeiros de cada turno, com base no Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que avalia o grau de dependência dos utentes e traduz essa avaliação em horas de cuidados, permitindo uma distribuição equitativa e segura dos recursos humanos, assegurando a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019c).

1.1.4. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Neste contexto clínico, a mestrandia realizou quatro turnos em regime de estágio de observação. O serviço localiza-se no quinto piso do edifício principal da ULS F e, integra simultaneamente a UCIN e o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica, ambos pertencentes ao Departamento da Criança, do Adolescente e da Família. Dado tratar-se de um serviço anexo ao SUOG, facilita-se a transferência dos RN que necessitam de cuidados especializados.

A UCIN recebe RN pré-termo, de termo com patologia associada ou que necessitem de cuidados diferenciados. Estes podem ser provenientes do SUOG, do Internamento de Puerpério ou da Urgência Pediátrica. A unidade dispõe de doze incubadoras, das quais cinco estão destinadas a cuidados intensivos, com suporte ventilatório, e sete a cuidados intermédios. Existe ainda um berçário com seis berços, destinado a RN em fase de transição hospital-domicílio.

O serviço compreende uma sala de enfermagem equipada com bancada para preparação de medicação, armários com material de consumo e quatro computadores para registos clínicos informatizados, através do SI SClínico® Hospitalar e no sistema informático PaTIENT.CARE®. Dispõe também de uma copa, uma sala para extração e acondicionamento de leite materno e preparação de leite de fórmula, duas casas de banho (uma para profissionais e outra para pais) e uma zona de sujos de apoio ao serviço.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos pediatras, enfermeiros EESIP, enfermeiros de cuidados gerais, TAS e pessoal administrativo. A distribuição da equipa de enfermagem processa-se de forma uniforme pelos turnos da manhã (08h–16h), tarde (15h30–00h) e noite (23h30–08h30), sendo escalados seis enfermeiros por turno. O horário de visitas

decorre entre as 09h00 e as 23h00, permitindo a presença simultânea dos dois progenitores entre as 09h00–11h00 e as 18h00–20h00.

A prestação de cuidados na UCIN baseia-se no modelo *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP], uma abordagem holística centrada no RN e na família. Este modelo exige formação específica por parte dos profissionais, permitindo interpretar os sinais comportamentais dos RN e ajustar os cuidados de forma individualizada. A observação atenta é fundamental para compreender e responder adequadamente às necessidades de cada bebé, reconhecendo que estratégias eficazes para um RN podem não ser adequadas para outro (Vittner et al., 2025).

Os cuidados neonatais desempenham um papel crucial na sobrevivência e no desenvolvimento saudável de RN prematuros ou com patologias clínicas complexas, sendo essenciais para prevenir complicações a curto e longo prazo. Além do suporte médico, esta abordagem valoriza a humanização dos cuidados, considerando as necessidades da família e promovendo um ambiente favorável ao desenvolvimento do RN (Avazeh et al., 2025).

1.2. ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Tendo em consideração a complexidade e especificidade dos cuidados prestados nos diferentes serviços previamente descritos, torna-se essencial garantir que o número de profissionais seja adequado às necessidades dos utentes. Neste contexto, destaca-se o papel dos EEESMO, profissionais especializados para intervir nas áreas específicas da sua prática, com responsabilidade e competência exclusiva na assistência à mulher em todas as fases do ciclo reprodutivo.

Para que essa assistência se processe de forma segura, eficaz e humanizada, é fundamental respeitar as dotações seguras recomendadas no Parecer n.º 43/2019 da OE, elaborado pela MCEESMO (2019). A Tabela 1 apresenta o rácio recomendado EEESMO–utente, que serve de referência para garantir a qualidade dos cuidados prestados e a segurança da prática profissional.

No decorrer da caracterização dos contextos clínicos, foram apresentados os profissionais de saúde que integram as equipas dos diversos serviços onde se realizou o ENP. A colaboração com estes profissionais permitiu estabelecer uma relação de trabalho marcada pelo intercâmbio de experiências, o qual contribuiu significativamente para o desenvolvimento pessoal e profissional da mestranda, promovendo a aquisição de competências e conhecimentos práticos essenciais à sua formação.

Tabela 1. Rácio EEESMO – Utente

	EEESMO	Utentes
Internamento de Medicina Materno Fetal		
Gravidez alto risco	1	3
Gravidez médio risco	1	6
Indução do Trabalho de Parto		
	1	3
Assistência Intraparto		
1º Estádio	1	2
2º Estádio	1	1
3º e 4º Estádio	Responsabilidade do profissional envolvido no 2º Estádio	
Internamento de Puerpério		
Puerpério patológico	1	3
Puerpério normal	1	6
Outros Serviços		
Consulta de Enfermagem de Saúde Materna	Assegurada por um EEESMO	
Consulta de Enfermagem de Ginecologia	Assegurada por um EEESMO	
Serviço Ginecologia	Disponibilizar pelo menos um EEESMO em regime de permanência durante as 24 horas	
Urgência Obstétrica e Ginecológica	Garantida exclusivamente por EEESMO, sendo a triagem um posto de trabalho	
Consulta de Interrupção da Gravidez até 10 semanas e 6 dias	Garantida exclusivamente por EEESMO	

Fonte: elaborada pela própria através do Parecer nº43/2019

Com o propósito de compreender de forma mais aprofundada a realidade organizacional dos diferentes contextos clínicos, elaborou-se a Tabela 2, que apresenta a distribuição do número de profissionais de saúde por unidade. Esta informação permite contextualizar a estrutura das equipas e analisar a adequação dos recursos humanos relativamente às exigências assistenciais observadas, constituindo um contributo relevante para a reflexão sobre a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A análise da Tabela 2 permitiu constatar que as dotações seguras definidas pela OE não são cumpridas em nenhum dos contextos clínicos da ULS. Na Unidade F, observam-se várias limitações: no SUOG, o posto de Admissão é assegurado por apenas um EEESMO por turno, responsável pela triagem das utentes, apoio às duas salas de observação médica e à SO. No BP, embora estejam afetos dois EEESMO, a elevada afluência frequentemente resulta em quatro mulheres em TP ativo, o que contraria as recomendações da OE, que sugerem um EEESMO por grávida nos 2.º, 3.º e 4.º estádios do TP. O Internamento de Grávidas Patológicas, com capacidade para 15 camas, é igualmente assegurado por apenas dois EEESMO por turno, dificultando o cumprimento das dotações seguras em caso de lotação máxima.

Tabela 2. Distribuição dos Profissionais de Enfermagem por Contextos Clínicos

Contexto Clínico	EEESMO	EEESIP	EEEMC	Enfermeiro Cuidados Gerais
Consulta MMF/DPN	2	0	0	2
SUOG – Unidade F	35	0	1	15
SUOG – Unidade P	21	0	0	11
Internamento de Puerpério	2	1	0	17
UCIN	0	17	1	24

Fonte: Elaboração própria

Na Unidade P verifica-se uma situação semelhante, sendo o posto de Admissão frequentemente assegurado por um EEESMO e um Enfermeiro de Cuidados Gerais. No BP, constituído por cinco salas, também se verifica insuficiência de recursos humanos especializados, sendo muitas vezes assegurado por apenas um EEESMO.

No que concerne ao Internamento de Puerpério, também se verifica incumprimento das recomendações da OE, que indicam a presença de um EEESMO para cada seis puérperas não patológicas. Todavia, o serviço dispõe apenas de dois EEESMO, que realizam exclusivamente turnos da manhã.

As consultas de MMF e DPN são asseguradas por dois EEESMO, porém, as consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG] e de Ginecologia são presentemente realizadas por Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Ao longo dos diferentes contextos clínicos, a mestranda pôde confirmar que a dotação segura de profissionais de enfermagem, conforme preconizado pela OE, se encontra aquém do recomendado. Esta insuficiência revela-se preocupante, uma vez que a presença de um número adequado de enfermeiros, com competências especializadas, é essencial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como para responder de forma eficaz às necessidades dos utentes (Romão et al., 2024).

1.3. METODOLOGIA

A metodologia adotada no ENP contempla o processo de aprendizagem nos diversos contextos clínicos, permitindo à mestranda adquirir conhecimentos através da orientação pedagógica e da supervisão clínica. A consolidação desses saberes, competências e aptidões revelou-se essencial para o exercício de uma prática clínica segura, ética e baseada na melhor

evidência científica. Ao longo do percurso, a mestranda assumiu a responsabilidade pelos resultados de aprendizagem alcançados, num processo que se revelou determinante para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivos

A definição de objetivos constitui um elemento central na estruturação do percurso formativo, permitindo orientar a prática e avaliar os resultados de aprendizagem. No âmbito deste ENP, os objetivos foram delineados com base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019b) e nas Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas (OE, 2019a). Os objetivos gerais, que estão integralmente enunciados no planeamento da UC, são os seguintes:

- Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família/comunidade;
- Adquirir conhecimentos nas vertentes teórico-práticas dos cuidados especializados com base na prática baseada na evidência científica;
- Defender em provas públicas o Relatório do Estágio.

Definiram-se também objetivos específicos com base no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b), nomeadamente:

- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e puerpério imediato;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e na vivência de processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros obstetras para lidar com a diversidade cultural no contexto do trabalho de parto;
- Propor melhorias a implementar em contextos de diversidade cultural, promovendo um cuidado de enfermagem mais inclusivo e eficaz.

Cada um destes objetivos foi abordado pela mestranda com o propósito de desenvolver, adquirir e consolidar competências nas diversas valências da prática especializada em Saúde Materna e Obstétrica [SMO]. Este processo formativo visou garantir uma atuação profissional segura, ética e fundamentada na evidência, respeitando os princípios deontológicos e as normas legais em vigor.

Adicionalmente, a mestranda assumiu o compromisso de aprofundar o conhecimento sobre os desafios culturais no trabalho de parto, procurando compreender de que forma fatores como barreiras linguísticas ou crenças culturais influenciam a prestação de cuidados e os resultados perinatais. Esta abordagem permitiu integrar uma perspetiva mais sensível e inclusiva na prática clínica, promovendo cuidados centrados na mulher e na sua realidade sociocultural.

População alvo

A população alvo do ENP contempla todas as mulheres/famílias inseridas na comunidade, que se encontrem em idade fértil e/ou que sejam grávidas, parturientes, puérperas, mulheres com afeções ginecológicas e/ou em fase do climatério, bem como RN saudáveis e de risco, com os quais a mestranda contactou no decorrer dos diversos contextos clínicos, especificamente: Consulta Externa, Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, Bloco de Partos, Internamento de Grávidas e Internamento de Puerpério.

Método de aprendizagem

A aprendizagem decorreu em múltiplos contextos clínicos, com metodologias ajustadas à complexidade dos cuidados especializados em SMO. Este percurso permitiu consolidar conhecimentos, competências técnicas e relacionais, essenciais à prática clínica especializada. A mestranda assumiu um papel ativo e responsável pelos resultados de aprendizagem alcançados, desenvolvendo uma prática segura, ética e baseada na evidência, centrada na individualização dos cuidados e na promoção da saúde.

Supervisão Clínica e Orientação Pedagógica

O ENP decorreu sob orientação pedagógica da docente da ESESJD e sob a supervisão clínica de EEESMO, nos diferentes contextos clínicos. Esta supervisão, de natureza pedagógica e clínica é fundamental para a formação de profissionais competentes, responsáveis e tecnicamente qualificados. É considerada essencial para a integração dos estudantes no ambiente de prestação de cuidados, onde são desenvolvidas as competências técnicas que tem por finalidade prepará-los para a complexidade dos contextos clínicos, assegurando sempre os direitos do utente, a sua segurança e qualidade dos cuidados prestados (OE, 2025).

Reuniões formativas e momentos de avaliações intermédias e finais, com participação da supervisora clínica e da orientadora pedagógica, fomentaram a reflexão crítica sobre o percurso

formativo, permitindo identificar pontos fortes e áreas de melhoria, e orientar o processo de aprendizagem de forma contínua e personalizada.

Observação de Cuidados Prestados e Prática Clínica

Nos primeiros contactos com os diferentes contextos clínicos, a mestranda adotou uma postura observadora e reflexiva, com o intuito de compreender o funcionamento dos serviços, as dinâmicas de equipa, os protocolos institucionais e os procedimentos em vigor. Esta fase inicial permitiu uma análise crítica dos cuidados prestados pelos EEESMO e pela equipa multidisciplinar, identificando intervenções eficazes, práticas fundamentadas e áreas suscetíveis de melhoria.

Progressivamente, a mestranda integrou-se ativamente na prática clínica, articulando os conhecimentos teóricos com as exigências do contexto assistencial. A prestação de cuidados especializados favoreceu o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e éticas, bem como o reforço da autonomia e da tomada de decisão. Este percurso traduziu-se num crescimento profissional sustentado, evidenciado na prestação de cuidados centrados na mulher, no RN e na família, baseados na evidência científica atual e na humanização do cuidado.

Pesquisa Bibliográfica/Aprofundamento de Conhecimentos

Durante todo o processo de aprendizagem, foram consultadas normas e protocolos institucionais dos diferentes contextos clínicos, bem como realizadas pesquisas bibliográficas rigorosas. A prática clínica baseada na evidência científica promove o empoderamento do enfermeiro e contribui para a eficácia, segurança e qualidade dos cuidados prestados (Pinto & Mota, 2023). Com o objetivo de consolidar e aprofundar as competências definidas no plano formativo, foram desenvolvidos diversos trabalhos sustentados em evidência científica atualizada, permitindo a articulação entre o conhecimento teórico e a prática clínica.

No contexto de Internamento de Grávidas Patológicas, a mestranda redigiu um relato de caso com o tema “Interrupção Médica da Gravidez”. A vivência direta com situações clínicas complexas, marcadas por implicações éticas, legais e emocionais, motivou a escolha deste tema, evidenciando a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os cuidados especializados prestados à mulher e à família perante a perda gestacional. Nestes casos, é essencial adotar uma conduta profissional, humanizada e sustentada na evidência científica, que respeite os direitos e a dignidade da mulher. O relato de caso assume relevância na prática clínica e científica ao

sensibilizar os profissionais de saúde para a importância do diagnóstico precoce e da implementação de intervenções adequadas em situações semelhantes. A partilha destas experiências contribui para a melhoria contínua da prática, assegurando a validade, fiabilidade e rigor dos dados apresentados (Gallo, 2022). O trabalho encontra-se publicado na Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento [RIASE], na Edição Especial de julho de 2025, DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(0\).766.28-37](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(0).766.28-37), e cujo resumo se encontra exposto no Apêndice B.

No contexto da Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, foi elaborada uma reflexão crítica segundo o Modelo Reflexivo de *Gibbs*, com enfoque na temática da prematuridade (Apêndice C). Este modelo, amplamente utilizado na prática reflexiva, constitui uma ferramenta estruturada que promove a autorreflexão crítica e o desenvolvimento pessoal e profissional. Organizado em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusões e plano de ação, permite uma reflexão sistemática sobre as experiências vivenciadas (Galli & New, 2022).

No âmbito do BP, a mestranda participou na XVII Jornadas Internacionais de Obstetrícia, subordinadas ao tema “Por uma vida melhor...” (Anexo A), onde apresentou um póster com a temática “Desafios Culturais no Trabalho de Parto” (Apêndice D). Esta participação permitiu não só a partilha de conhecimento, como também a reflexão crítica sobre práticas culturais no contexto obstétrico, reforçando o compromisso com uma prestação de cuidados culturalmente competente.

No contexto de Internamento de Puerpério, foi identificada a existência de panfletos informativos entregues às puérperas no momento da alta, os quais apresentavam formatos distintos, conteúdos redundantes e, por vezes, desatualizados. Esta constatação motivou a mestranda a desenvolver um panfleto em formato de livro de bolso, com linguagem acessível e estruturada, reunindo os principais cuidados pós-parto para a mulher e o RN. Este recurso, apresentado no Apêndice E, inclui orientações práticas e sinais de alerta, promovendo a continuidade dos cuidados e a capacitação para uma parentalidade segura e informada.

Durante o último contexto clínico no BP, a mestranda participou ativamente numa formação em serviço sobre “Pré-Eclâmpsia: Aplicação do Protocolo”. Esta temática, associada a uma condição clínica grave, exige práticas uniformizadas e baseadas na evidência, que garantam uma atuação segura e eficaz na vigilância da mulher e na prevenção de complicações maternas e fetais. Os documentos de apoio utilizados na exposição oral encontram-se reunidos no Apêndice F.

Ainda neste contexto, a mestranda assistiu e participou no Seminário “Dia Internacional do EEESMO: Um Pilar em Tempos de Crise” (Anexo B), onde foi abordado o tema “Trabalho de Parto em Contextos Multiculturais: Desafios e Boas Práticas”. Este momento formativo constituiu uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências profissionais, ao fomentar a reflexão crítica sobre a necessidade de reformular a abordagem à prestação de cuidados na preconceção, gravidez, parto e pós-parto. A participação permitiu reconhecer a importância de uma assistência centrada na mulher e na família, pautada pela qualidade, equidade e uso eficiente dos recursos disponíveis. A documentação de apoio à exposição oral está incluída no Apêndice G.

Foi ainda realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a temática “Desafios Culturais no Trabalho de Parto: O Papel dos Enfermeiros Obstetras nos Resultados Perinatais”. O objetivo foi identificar, na evidência científica atual, o impacto dos fatores culturais na eficácia da prestação de cuidados por parte dos enfermeiros obstetras, bem como explorar estratégias que garantam uma intervenção segura, eficaz e culturalmente sensível. A revisão integrativa permite sistematizar o conhecimento disponível, aprofundando a compreensão sobre o fenómeno em estudo (Sousa et al., 2017). Foram utilizadas bases de dados científicas como PubMed®, Medline e *Web of Science*, tendo sido utilizado o *Ryyan* como gestor de revisão de artigos e o *Zotero* como gestor de referências bibliográficas.

Aplicação do Modelo Teórico

A teoria em enfermagem atribui significado ao conhecimento, contribuindo para a melhoria contínua da prática profissional. Permite ao enfermeiro descrever, explicar e antecipar fenómenos em saúde, oferecendo uma base sólida para o pensamento crítico e para a tomada de decisões fundamentadas. Quando os cuidados são orientados por modelos teóricos, verifica-se uma maior eficácia, segurança e qualidade da assistência. Para além disso, os profissionais compreendem com maior clareza os fundamentos da sua prática, sendo capazes de justificar as suas intervenções junto de outros profissionais. Assim, a teoria sustenta uma prática mais reflexiva e autónoma, com impacto direto na clínica, no ensino e na investigação em enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Reconhecendo a importância de uma prática culturalmente sensível e centrada na pessoa, a mestranda orientou a sua atuação à luz do Modelo Teórico de Madeleine Leininger: Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Este modelo destaca-se por integrar os fatores culturais no planeamento e prestação de cuidados, reconhecendo que as crenças, valores

e práticas culturais influenciam diretamente a forma como os indivíduos experienciam o processo saúde/doença.

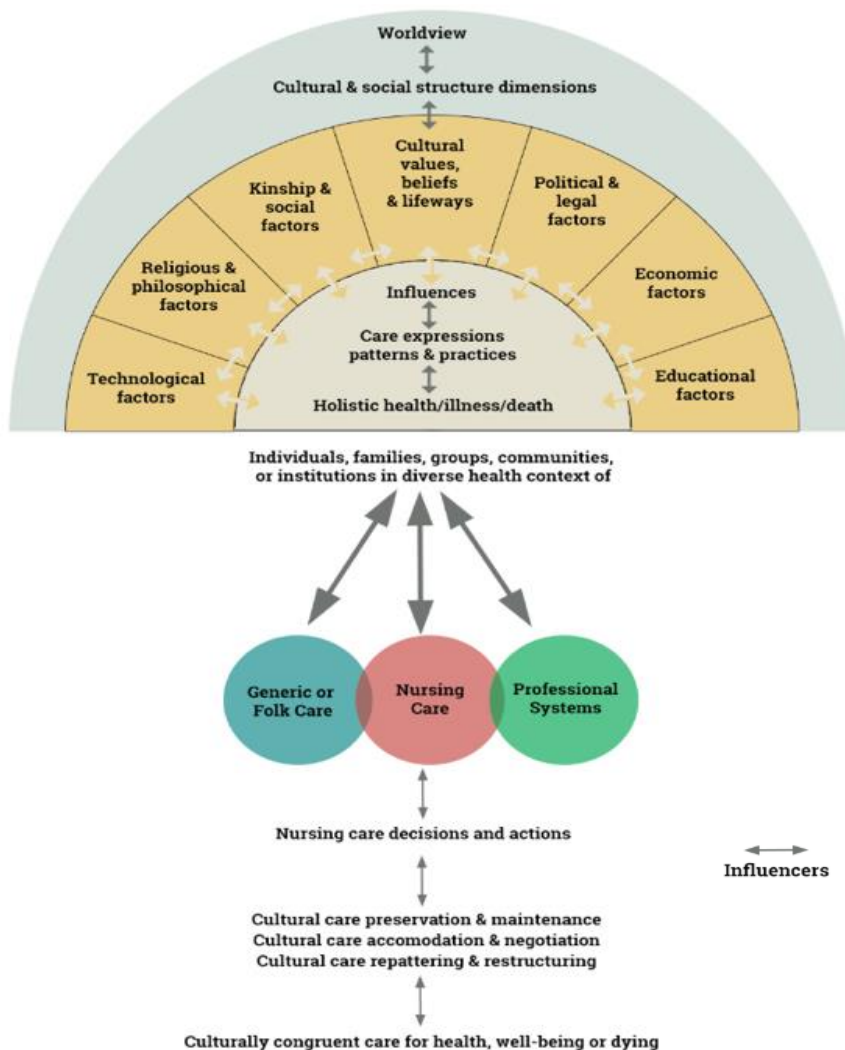
Madeleine Leininger, enfermeira e antropóloga, foi pioneira na integração da antropologia cultural na enfermagem, tendo concluído o seu doutoramento nesta área em 1965, na Universidade de Washington. Ao longo da década de 1960, identificou pontos de convergência entre enfermagem e antropologia, o que a levou à formulação de conceitos e princípios fundamentais que culminaram na definição de Enfermagem Transcultural. Esta é entendida como uma área de estudo e prática centrada nas diferenças e semelhanças do cuidar entre culturas, em termos de crenças, valores e modos de vida, com o objetivo de proporcionar cuidados culturalmente congruentes, significativos e benéficos (Leininger, 1989).

A partir deste conceito, Leininger desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, resultado de um pensamento original e de décadas de investigação e aperfeiçoamento. Esta teoria visa identificar as necessidades de cuidado e saúde de pessoas, famílias, grupos e instituições pertencentes a culturas semelhantes ou distintas (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Segundo Leininger & McFarland, o cuidar é a essência da enfermagem, sendo definido como “o coração e a alma da enfermagem, sendo que as enfermeiras precisam de conhecer os valores, práticas e crenças culturais e usar esses conhecimentos no cuidado” (Leininger & McFarland, 2006, p.7).

A teoria tornou-se um marco na evolução da disciplina, influenciando o pensamento, a prática e a investigação em enfermagem. A reformulação do conceito de cuidar, numa perspetiva holística, reforça a centralidade da pessoa e da cultura na prestação de cuidados. Com base nesta teoria, Leininger desenvolveu o Modelo *Sunrise* (Figura 6), que orienta a prática para cuidados culturalmente congruentes. Este modelo propõe três formas de tomada de decisão e ação: *Preservação ou manutenção do cuidado cultural*: visa apoiar e capacitar a pessoa na continuidade dos seus valores e práticas culturais que favoreçam a promoção da saúde ou a recuperação da doença; *Acomodação ou negociação do cuidado cultural*: promove adaptações entre os cuidados culturais da pessoa e os padrões profissionais, assegurando o bem-estar ou o enfrentar a morte; e *Repadronização ou reestruturação do cuidado cultural*: propõe mudanças em práticas culturais prejudiciais, respeitando os valores da pessoa, com vista à promoção de estilos de vida mais saudáveis.

Estes três modos de ação permitem ao enfermeiro prestar cuidados holísticos, sensíveis às diferenças culturais, assegurando uma prática ética, eficaz e humanizada (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Figura 6. Modelo Sunrise de Madeleine Leininger



Fonte: <https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/>

Neste contexto, a aplicação desta Teoria do Cuidado Cultural revelou-se particularmente pertinente na assistência à mulher em TP, sobretudo em situações marcadas por desafios culturais, como barreiras linguísticas ou diferentes expectativas face ao processo de parto. A adoção deste modelo permitiu à mestranda prestar cuidados culturalmente congruentes, respeitando os valores e práticas das mulheres assistidas. Esta abordagem contribuiu para a humanização do cuidado, para a melhoria dos resultados perinatais e para uma experiência de parto mais positiva e significativa.

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

A excelência na prestação dos cuidados constitui um princípio orientador da prática clínica dos EEESMO. A OE, em articulação com a MCEESMO, tem como missão assegurar a dignidade e o prestígio da profissão, promovendo a valorização científica e profissional dos seus membros (OE, 2021).

Este capítulo apresenta uma revisão integrativa da literatura, articulada com a análise dos dados empíricos recolhidos durante o ENP. Esta abordagem contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da investigação e para a aquisição de conhecimentos que capacitam o EEESMO a intervir com base em evidência científica, favorecendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

O EEESMO assume um papel essencial na assistência à parturiente e ao RN, sendo responsável pela deteção precoce de complicações e, quando necessário, pelo encaminhamento atempado a outros profissionais. Esta atuação, pautada pelos mais elevados padrões de competência, é orientada pelo respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos individuais de cada mulher, promovendo cuidados personalizados e culturalmente sensíveis (Cardoso et al., 2023a).

Neste capítulo, opta-se pela utilização do termo "Enfermeiro Obstetra" em substituição da designação regulamentar completa "Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica". A opção terminológica encontra suporte adicional no facto de "Enfermeiro Obstetra" constituir um descritor oficialmente reconhecido nos Descritores em Ciências da Saúde [DeCS], correspondendo ao termo em inglês "Nurse Midwives" no *Medical Subject Headings* [MeSH]. Esta standardização terminológica, estabelecida pela Biblioteca Virtual em Saúde, assegura não apenas a consistência científica da nomenclatura selecionada, como também facilita a indexação e recuperação de informação científica em bases de dados internacionais. Importa, contudo, sublinhar que esta simplificação linguística não compromete o rigor conceptual nem o reconhecimento da especificidade da prática profissional, assegurando simultaneamente maior clareza comunicativa e adequação ao contexto académico.

2.1. REVISÃO INTEGRATIVA: DESAFIOS CULTURAIS NO TRABALHO DE PARTO

2.1.1. Introdução

Nos últimos anos, o aumento da globalização e dos fluxos migratórios tem intensificado o contacto intercultural e a convivência com a diversidade cultural (Alto Comissariado para as Migrações [ACM], 2022). Em Portugal, o crescimento da imigração tem sido particularmente acelerado nas últimas duas décadas, com destaque para o período pós 2015. Esta realidade impõe novos desafios à sociedade portuguesa, exigindo estratégias eficazes de integração e adaptação mútua, sustentadas na promoção da inclusão social (Lopes et al., 2024a).

Segundo dados da Fundação Francisco Manuel dos Santos, a sociedade portuguesa demonstra uma atitude favorável à concessão de direitos aos imigrantes, como o direito de voto, a facilitação do processo de naturalização e o reagrupamento familiar (Pordata, 2024). No entanto, verifica-se menor aceitação relativamente a nacionalidades do Indostão (Índia, Paquistão, Nepal, Bangladesh), que representam apenas 9% da população imigrante em Portugal (Lopes et al., 2024a).

Portugal é reconhecido internacionalmente pelas boas práticas na integração de migrantes, garantindo o acesso ao SNS em condições de igualdade, independentemente da situação documental (ACM, 2022). Cerca de 80% dos imigrantes residentes são oriundos de países fora da União Europeia, sendo as nacionalidades mais representadas: brasileira (31%), britânica (6%), cabo-verdiana (5%), indiana (5%), italiana (4%), angolana (4%), francesa (3,5%), ucraniana (3%) e nepalesa (3%) (Oliveira, 2023).

Esta crescente multiculturalidade interpela a sociedade portuguesa com uma ampla diversidade cultural, linguística e comportamental, exigindo a adoção de práticas e políticas ajustadas às novas realidades socioculturais. O conhecimento aprofundado da diversidade cultural facilita a gestão das interações entre pessoas de diferentes origens, promovendo uma abordagem mais sensível e eficaz (Oliveira, 2021).

A imigração tem também impacto na estrutura demográfica, contribuindo para o reforço dos grupos etários mais jovens, mitigando o envelhecimento da população. Em 2022, observou-se que a população estrangeira residente em Portugal é tendencialmente mais jovem, com uma maior concentração de mulheres em idade fértil (20-49 anos), representando 60,6%, em contraste com 33,6% entre as mulheres portuguesas (Oliveira, 2023). Em 2023, 22% dos bebés nascidos em Portugal eram filhos de mães estrangeiras, apesar destas representarem apenas

10% da população residente (Pordata, 2024). Este aumento acompanha a evolução demográfica do país desde 2015, marcada pela crescente presença de população imigrante (Oliveira, 2023).

A gravidez e o parto são momentos de profunda transformação na vida da mulher e da família, podendo ser simultaneamente gratificantes e desafiadores, alterando de forma irreversível a identidade e os papéis sociais da família (Frias et al., 2021). A experiência da maternidade é fortemente influenciada por fatores culturais, crenças e tradições, que moldam os saberes sobre o corpo, o bebé e os cuidados a ter com ambos. A articulação entre saberes culturais e científicos é essencial para garantir cuidados seguros e personalizados (Supimpa et al., 2023).

O TP, carregado de significados culturais, pode despertar sentimentos ambivalentes, como medo e insegurança, especialmente entre mulheres migrantes. Estudos apontam para níveis mais elevados de medo nestas mulheres, associados à falta de apoio, desconhecimento do sistema de saúde, barreiras linguísticas, receio de maus-tratos e prevalência de modelos biomédicos pouco sensíveis à diversidade cultural (Travancas & Vargens, 2020; Supimpa et al., 2023). Esta vulnerabilidade é particularmente acentuada em grupos socialmente marginalizados, como mulheres migrantes e refugiadas (Sheikh et al., 2024).

Neste contexto, os enfermeiros obstetras assumem um papel essencial na garantia de um parto seguro, assegurando a saúde da mãe e do RN. Contudo, enfrentam desafios significativos, como recursos limitados, infraestruturas inadequadas e barreiras linguísticas, que podem comprometer a comunicação e resultar em desfechos adversos (Triantafyllou & Vivilaki, 2023).

Perante a crescente diversidade cultural nos serviços de maternidade em Portugal, torna-se pertinente realizar uma revisão da literatura, que visa aprofundar o conhecimento sobre as necessidades específicas destes profissionais, permitindo identificar práticas eficazes que promovam a segurança e o bem-estar materno-fetal. Esta revisão da literatura tem como objetivo analisar na evidência científica, os desafios sentidos pelos enfermeiros obstetras na assistência a mulheres migrantes durante o trabalho de parto.

2.1.2. Métodos

A revisão integrativa da literatura é um método que permite sintetizar a produção científica existente, proporcionando uma compreensão mais abrangente sobre determinado fenómeno (Sousa et al., 2017). A sua elaboração envolve seis etapas fundamentais: definição do tema e formulação da questão de investigação, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, recolha de dados, análise crítica dos estudos selecionados, interpretação e discussão dos

resultados, e, por fim, apresentação das conclusões e síntese do conhecimento adquirido (Dantas et al., 2022; Mendes et al., 2008).

Questão de pesquisa

De acordo com Araújo (2020), a prática baseada na evidência requer uma estratégia de pesquisa bem definida. Neste estudo, foi adotado o modelo PICO (População, Interesse, Contexto), por se adequar a investigações qualitativas centradas em experiências humanas e fenómenos sociais. Assim, formulou-se a seguinte questão de investigação: “*Quais os desafios culturais (I) sentidos pelos enfermeiros obstetras na assistência a mulheres migrantes (P) durante o trabalho de parto (Co)?*”

Crítérios de Elegibilidade

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto integral, publicados entre 2020 e 2025 e redigidos em português, espanhol ou inglês. Como critérios de exclusão, consideraram-se publicações em idiomas distintos dos previamente referidos, artigos de opinião e artigos que não abordem de forma direta e explícita a temática dos desafios culturais no contexto do trabalho de parto.

Estratégia de pesquisa e bases de dados

Para responder a esta questão, procedeu-se à recolha de dados nas bases PubMed, Medline e *Web of Science*, utilizando os descritores “*Migrants*”, “*Nurses Midwives*” e “*Childbirth*”, validados pelo MeSH e combinados com o operador booleano “AND”.

Avaliação da Qualidade

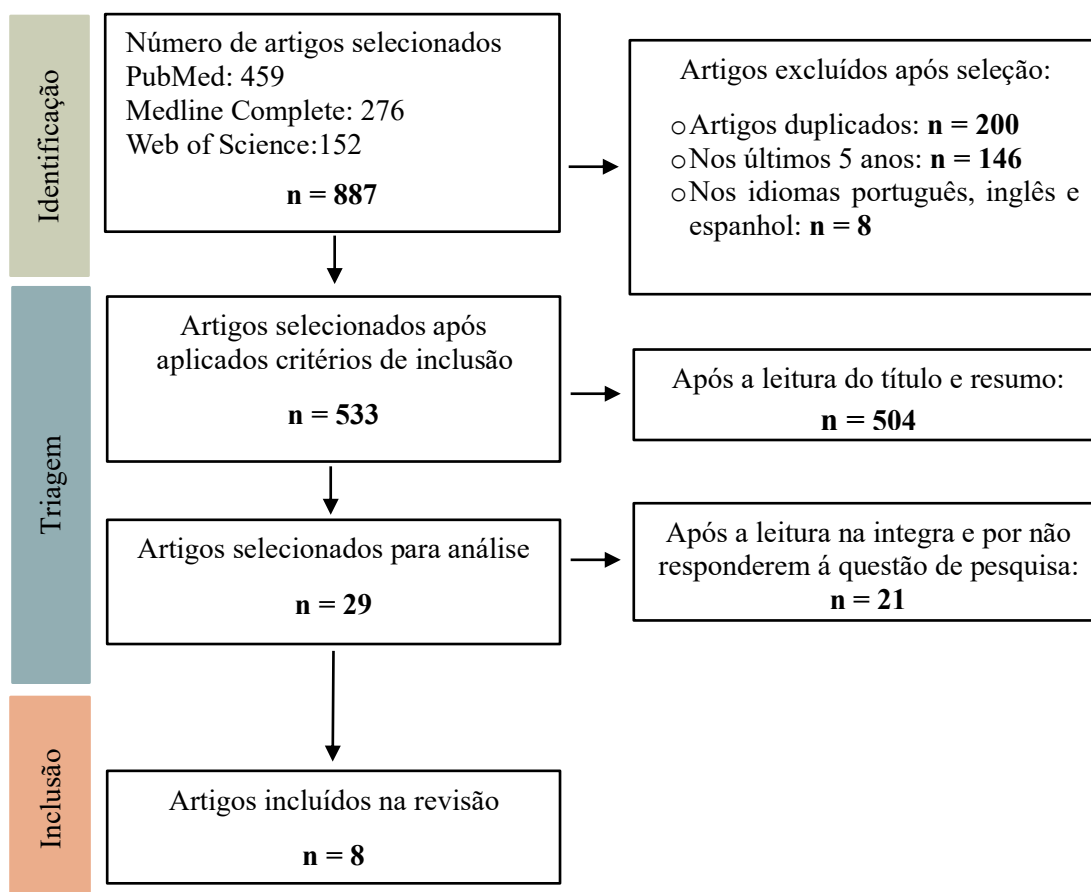
A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada com base nos critérios de *Joanna Briggs Institute (JBI)*, adequadas ao tipo de estudo. Esta ferramenta permitiu analisar a validade, a confiabilidade e a relevância metodológica dos artigos incluídos na revisão. A hierarquia das evidências, organiza-se em cinco níveis: nível 1, considerado a evidência mais forte, corresponde aos estudos experimentais, como revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados; nível 2 inclui os estudos quase-experimentais; nível 3 refere-se aos estudos observacionais analíticos, como os estudos de coorte e caso-controle; nível 4 abrange os estudos observacionais descritivos, como estudos transversais e relatos de caso; e o nível 5 representa a evidência mais fraca, baseada em opiniões de especialistas, consensos e informações provenientes de bancos de investigação (Aromataris et al., 2024).

2.1.3. Resultados

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram obtidos 94 artigos. Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos, o que resultou na exclusão de 65 artigos, ficando 29 para análise integral. Destes, 21 foram excluídos por não responderem à questão de investigação, culminando num total de oito artigos incluídos na revisão integrativa. A identificação de duplicados foi realizada através do software *Rayyan*, e a gestão das referências bibliográficas foi feita com recurso ao *Zotero*.

Para facilitar a organização e transparência do processo de identificação e seleção dos artigos, foi elaborado um fluxograma (Figura 7), com base nas diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* [PRISMA] (Page et al., 2022).

Figura 7. Fluxograma de seleção dos artigos para a revisão integrativa



Fonte: Elaborado pela própria a partir das recomendações PRISMA (Page et al., 2022)

Todo o processo de pesquisa e análise foi realizado pela mestranda e pela orientadora, sem que se verificassem divergências, não sendo necessária a intervenção de um terceiro elemento.

De modo a conseguir responder à questão norteadora, procedeu-se à análise criteriosa dos artigos selecionados. Para tal e de forma a sintetizar a informação contida, procedeu-se à elaboração de uma tabela (Apêndice H) onde se encontra o título, os autores e o ano de publicação, o tipo de abordagem metodológica, a amostra, os objetivos e os resultados/conclusões dos artigos selecionados. De referir, que também se apresentam os níveis de evidência científica e qualidade dos artigos.

2.1.4. Discussão

A análise integrada dos oito artigos selecionados permitiu uma compreensão aprofundada dos desafios culturais no contexto da saúde materna, permitindo responder de forma consistente à questão norteadora do estudo. As investigações analisadas revelam heterogeneidade metodológica, predominando os estudos qualitativos, com variações no tamanho e nas características das amostras.

Para facilitar a interpretação dos resultados, a discussão foi organizada em dois subtemas: Mulheres Migrantes e os Cuidados de Saúde Materna e Desafios e Estratégias do Enfermeiro Obstetra na Assistência a Mulheres Migrantes.

Mulheres Migrantes e os Cuidados de Saúde Materna

Historicamente, o parto é mais do que um evento biológico, sendo uma experiência profundamente cultural, moldada pelas crenças, valores e práticas da sociedade em que ocorre. As tradições associadas ao nascimento variam entre culturas, influenciando as escolhas das mulheres e a aceitação ou rejeição das intervenções propostas (Rugumisa, 2024). Desde o nascimento, o RN é simbolicamente interpretado segundo os códigos culturais da família, sendo-lhe atribuídos elementos como roupas, cores, amuletos ou objetos protetores. Mesmo antes da aquisição da linguagem, os seus gestos e comportamentos são interpretados à luz dos valores e tradições do seu contexto sociocultural, evidenciando que o ser humano nasce inserido num contexto que molda a sua identidade desde os primeiros momentos (Abdulle AA et al., 2023).

O TP é frequentemente vivido como um momento ambivalente, esperado e temido, marcado por vulnerabilidades, receios e inseguranças face a possíveis complicações (Travancas & Vargens, 2020). Para mulheres migrantes, essa vulnerabilidade é agravada pelo receio de não serem respeitadas as suas crenças e costumes, pelas barreiras linguísticas e pelas dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde (Zarth et al., 2024). Estes resultados corroboram

os estudos de Cai et al. (2024) e Fair et al. (2020) que reforçam a existência de desafios significativos, destacando a importância de cuidados culturalmente sensíveis para melhorar a experiência de parto.

Cai et al. (2024), sublinham que as mães migrantes valorizam a segurança física e emocional, bem como o apoio emocional dos seus companheiros e familiares. Também Abdulle AA et al. (2023), referem que a construção de uma relação de confiança entre enfermeiros obstetras e mulheres migrantes contribui para o aumento da autoestima, facilitando a gestão das suas necessidades e promovendo uma preparação mais tranquila e eficaz para o parto.

Verificou-se que persistem desigualdades significativas na saúde entre grupos minoritários, principalmente as pessoas imigrantes, refugiadas e membros de minorias culturais, como os ciganos. Fatores como o acesso limitado aos cuidados, baixa literacia em saúde, condições socioeconómicas desfavoráveis, discriminação racial, dificuldades na comunicação intercultural e fragilidades nas interações com os profissionais são apontados como causas dessas disparidades (Antón-Solanas et al., 2022; Bains et al., 2021). Esta evidência é corroborada por Keygnaert et al. (2016), em estudos publicados pela WHO, que indicam piores resultados em saúde materna e perinatal entre mulheres migrantes.

Contudo, existe o fenómeno conhecido como “efeito migrante saudável”, que se traduz em melhores resultados perinatais, frequentemente associados à presença de redes de apoio familiar e de estilos de vida mais saudáveis. Este efeito, no entanto, tende a diminuir com o tempo de permanência no país de acolhimento, devido ao surgimento de dificuldades socioeconómicas. Além disso, as mulheres migrantes podem apresentar indicadores positivos em alguns domínios da saúde e negativos noutros, refletindo desigualdades no acesso aos cuidados pré e pós-natais (Keygnaert et al., 2016).

Os estigmas culturais associados à gravidez e ao parto, muitas vezes enraizados em normas sociais e papéis de género, podem comprometer o acesso das mulheres aos cuidados de saúde. Este estigma pode gerar hesitação em procurar assistência, agravando o estado de saúde e influenciando negativamente os resultados perinatais. Em contextos onde complicações obstétricas, como o aborto, são socialmente estigmatizadas, as mulheres enfrentam frequentemente isolamento social e escasso apoio familiar, comprometendo o seu bem-estar (Rugumisa, 2024).

Na União Europeia, diversos estudos apontam para piores resultados perinatais entre mulheres migrantes, com maior incidência de IVG, cesarianas, partos instrumentados e complicações, em comparação com mulheres não migrantes (Keygnaert et al., 2016; WHO,

2018c; Lee et al., 2024). Embora Portugal esteja entre os países com melhores políticas de integração, a saúde dos migrantes continua a ser uma área de fragilidade, com um dos piores indicadores no *Migrant Integration Policy Index* [MIPEX], plataforma que avalia e compara medidas adotadas pelos governos para promover a integração de migrantes, nos 56 países analisados (Solano & Thomas, 2020).

A falta de acesso equitativo aos cuidados de saúde por parte da população migrante pode ter repercussões negativas na saúde pública e comprometer o alcance das metas globais de saúde. Por isso, têm sido definidos princípios fundamentais em saúde pública que reforçam a importância de garantir o acesso universal e equitativo aos cuidados como parte essencial da promoção da saúde de refugiados e migrantes (WHO, 2018c).

Desafios e Estratégias do Enfermeiro Obstetra na Assistência a Mulheres Migrantes

Entre os principais desafios identificados pelos Enfermeiros Obstetras na assistência a mulheres de diferentes contextos culturais destacam-se as barreiras linguísticas e comunicacionais, o choque cultural e religioso, a não aceitação de profissionais do sexo masculino, bem como a presença de preconceitos, estereótipos e tabus (Reis & Coutinho, 2022). A estes fatores acrescem dificuldades na compreensão e respeito pelos costumes das utentes, ausência de competência cultural e tendência ao etnocentrismo, isto é, à valorização dos próprios padrões como universais. Tais desafios comprometem a prestação de cuidados culturalmente congruentes (Antón-Solanas et al., 2022).

A necessidade de promover o desenvolvimento da competência cultural entre os Enfermeiros Obstetras é amplamente reconhecida. A literatura evidencia que o treino nesta área permite uma abordagem mais sensível e confiante na assistência a mulheres migrantes, sendo esta perspetiva defendida por diversos autores (Bains et al., 2021; Fair et al., 2020; Fair et al., 2021). Estudos realizados com enfermeiros demonstram que intervenções culturalmente competentes em contextos multiculturais contribuem para a melhoria dos cuidados prestados, reduzindo disparidades em relação à cultura maioritária. Estas intervenções têm impacto positivo na comunicação, na construção de relações de confiança e na adesão terapêutica (Gonçalves & Matos, 2016).

Segundo Leininger & McFarland (2006), o cuidado cultural constitui a essência da enfermagem, sendo através dele que se promove a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural pressupõe que o enfermeiro conheça os valores, crenças e práticas culturais das pessoas a quem presta cuidados, bem como

as suas necessidades, expectativas e perceções. Esta abordagem valoriza a investigação transcultural como base para o desenvolvimento do conhecimento e para a melhoria da prática profissional. A necessidade de modelos de cuidados que transcendam o paradigma biomédico, integrando dimensões socioeconómicas e psicossociais, é enfatizada por Fair et al. (2020) e pela ACOG (2018a), em consonância com a perspetiva holística defendida por Leininger.

Neste sentido, Reis & Coutinho (2022) sublinham a importância de os Enfermeiros Obstetras desenvolverem competência cultural no contexto organizacional onde exercem, de forma a garantir cuidados coerentes com a diversidade das mulheres migrantes, contribuindo para a redução das suas vulnerabilidades, especialmente durante o TP. Esta vulnerabilidade é intensificada por barreiras linguísticas, culturais, sociais e organizacionais, bem como pela ausência de formação específica em competência cultural, comprometendo a prestação de cuidados individualizados e humanizados (Zarth et al., 2024).

A literatura reforça a necessidade de melhorar a comunicação e os cuidados prestados a mulheres de diferentes culturas, assegurando que todas as necessidades de saúde sejam atendidas durante o parto (Reppen et al., 2023). A barreira linguística é apontada como um dos principais obstáculos, tanto para os profissionais como para as mulheres migrantes, sendo amplamente reconhecida a importância de intérpretes profissionais para minimizar falhas de comunicação (Cai et al., 2024; Reppen et al., 2023; Bains et al., 2021; Fair et al., 2020, 2021; Zarth et al., 2024; Akselsson et al., 2022; Costa et al., 2022). No entanto, Akselsson et al. (2022) alertam para a escassa disponibilidade de intérpretes nos serviços de saúde, salientando que, mesmo quando disponíveis, a presença destes profissionais pode comprometer a privacidade e a confidencialidade das mulheres, especialmente em situações delicadas como o parto. Os Enfermeiros Obstetras expressam a necessidade de mais recursos para garantir cuidados equitativos e de qualidade às mulheres que não falam a língua local. Com esse objetivo, o ACM (2022) disponibilizou o Guia de Acolhimento para Migrantes, que inclui uma rede de 104 tradutores em 68 idiomas, acessíveis por via telefónica. Na ausência de intérpretes, os profissionais recorrem frequentemente a familiares ou à linguagem gestual para facilitar a comunicação.

Em sociedades patriarcais, a autonomia das mulheres na tomada de decisão sobre a sua saúde é frequentemente limitada, sendo comum que familiares do sexo masculino assumam essa responsabilidade, inclusive na escolha do local e tipo de assistência ao parto. Esta dinâmica pode atrasar o acesso a cuidados essenciais, aumentando o risco de complicações. O empoderamento das mulheres para decisões informadas é fundamental para melhorar os

resultados perinatais. Contudo, este processo é dificultado quando o marido atua como intérprete, comprometendo o acesso a informação clara e confidencial (Rugumisa, 2024).

Costa et al. (2022) reforçam a necessidade de políticas de saúde que melhorem o acesso aos cuidados, reduzam barreiras linguísticas e assegurem um tratamento digno e respeitoso para todas as mulheres. As mulheres migrantes enfrentam desigualdades significativas na qualidade dos cuidados maternos e neonatais, em comparação com as mulheres não migrantes. Segundo Keygnaert et al. (2016), estas mulheres apresentam maior risco de morte por causas diretamente relacionadas com a gravidez, o que pode refletir falhas na qualidade dos cuidados prestados. Estas desigualdades persistem mesmo em países com acesso universal à saúde, como Portugal.

A dificuldade na comunicação e a pressão nos serviços de maternidade são fatores que comprometem a oferta de cuidados culturalmente adequados (Fair et al., 2021). Esta perceção é corroborada por Antón-Solanas et al. (2022), que defendem que os serviços de saúde devem promover a equidade através da estruturação adequada do ambiente profissional, incluindo a gestão do stress, da sobrecarga de tarefas e da escassez de tempo, fatores que afetam negativamente os resultados em saúde.

É essencial que os Enfermeiros Obstetras reconheçam os fatores que podem comprometer a relação terapêutica, como o desconforto que algumas mulheres referem ao abordar questões de saúde feminina com profissionais do sexo masculino (Reis & Coutinho, 2022). Além disso, muitas mulheres migrantes desenvolvem mecanismos de resiliência após a experiência migratória, o que pode dificultar a expressão de sentimentos como dor, medo ou insegurança. Esta contenção emocional compromete a comunicação com os profissionais e pode afetar a qualidade dos cuidados (Rugumisa, 2024). Os desafios comunicacionais tornam-se particularmente evidentes durante o TP, fase que exige maior colaboração da parturiente, especialmente nos esforços expulsivos. A eficácia da comunicação terapêutica através de orientações claras, empatia e escuta ativa é fundamental para que a mulher compreenda as instruções, se sinta segura e participe ativamente no processo de nascimento (Reis & Coutinho, 2022).

De acordo com Triantafyllou & Vivilaki (2023), enfrentar os desafios associados à diversidade cultural nos cuidados de saúde materna é fundamental para garantir que todas as mulheres, independentemente das suas circunstâncias, recebam os cuidados que necessitam e merecem. Simultaneamente, é essencial assegurar que os Enfermeiros Obstetras possam exercer a sua prática em ambientes seguros e favoráveis. Supimpa et al. (2023) defendem que cuidados adequados são aqueles que envolvem uma relação de confiança entre as mulheres, as

suas famílias e os profissionais de saúde, permitindo que a mulher se sinta confiante e preparada para o momento do parto. Este cuidado manifesta-se através de uma presença tranquila e acolhedora, com capacidade de escuta ativa e de transmissão de informações adequadas (quando a comunicação verbal é possível), respeitando as crenças e tradições da parturiente. Na ausência de comunicação verbal, é crucial recorrer a formas de comunicação não verbal que transmitam segurança, respeito e uma sensação de compreensão e valorização.

Neste contexto, torna-se igualmente essencial promover estratégias de literacia em saúde, disponibilizando informações claras, acessíveis e culturalmente sensíveis sobre sinais de alarme durante a gravidez e sobre as opções obstétricas disponíveis no parto, incentivando a participação ativa e informada da mulher no processo de cuidados (WHO, 2018a). Esta abordagem é reforçada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), que destacam o respeito à diversidade cultural. Tal implica uma postura ética e reflexiva, livre de juízos de valor, preconceitos ou julgamentos.

2.1.5. Conclusão

A maternidade constitui uma experiência única e profundamente pessoal, moldada por múltiplas vivências sociais e culturais. No entanto, para as mulheres migrantes, muitas das quais se encontram no país de acolhimento há pouco tempo, esta vivência adquire contornos adicionais de complexidade. Barreiras linguísticas dificultam a compreensão de informações essenciais, enquanto a falta de familiaridade com normas e práticas culturais locais pode gerar insegurança e desorientação. As diferenças nos contextos socioculturais, religiosos e linguísticos entre o país de origem e o país de acolhimento podem originar expectativas divergentes relativamente aos cuidados de saúde, particularmente na área da saúde materna e obstétrica.

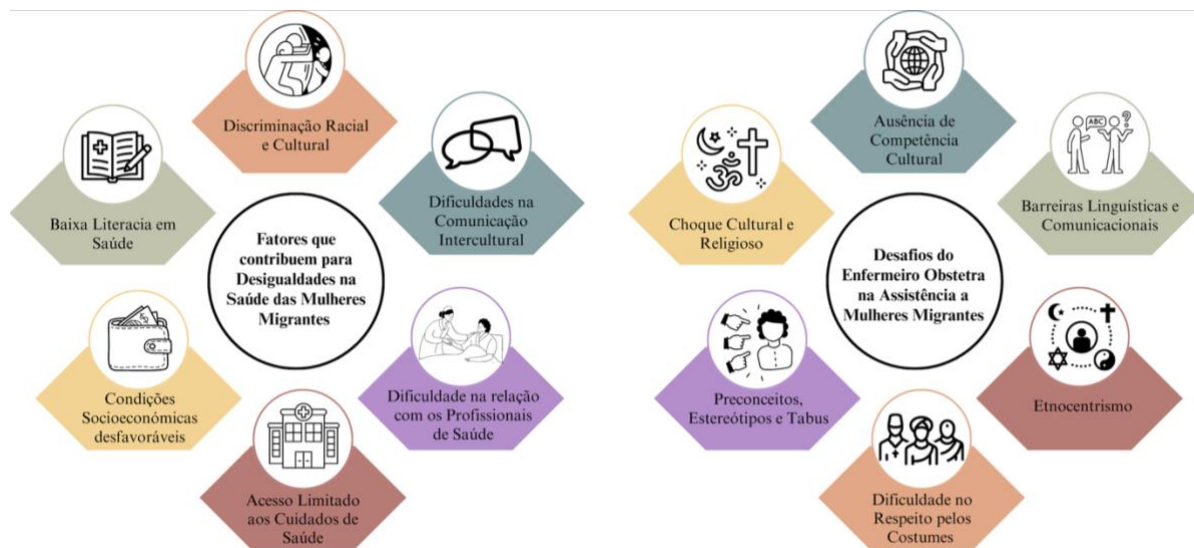
Estas mulheres enfrentam diversos obstáculos no acesso a cuidados de saúde materna, incluindo a limitação da vigilância pré-natal, a ausência de médico de família, situações de discriminação, isolamento social e impactos psicossociais, fatores que contribuem para o agravamento da sua vulnerabilidade. Paralelamente, os profissionais de saúde deparam-se com desafios significativos, como as barreiras linguísticas, a escassez de informação clínica prévia, situações clínicas obstétricas mais exigentes, dissonâncias culturais e limitações institucionais, que comprometem a prestação de cuidados obstétricos seguros, eficazes e culturalmente sensíveis.

A implementação de políticas de saúde inclusivas, que garantam o acesso equitativo aos cuidados obstétricos independentemente do estatuto migratório, revela-se essencial. Entre as estratégias fundamentais destacam-se a disponibilização de intérpretes profissionais, a capacitação dos enfermeiros em competência cultural e a produção de materiais informativos em múltiplos idiomas. Para que estas medidas sejam eficazes, é indispensável uma atuação coordenada entre os serviços de saúde, as comunidades locais e as entidades governamentais, com o objetivo de assegurar cuidados humanizados e culturalmente adequados, ajustados às necessidades específicas das mulheres migrantes e que, simultaneamente, apoiem a prática clínica dos profissionais de saúde.

Neste contexto, o Enfermeiros Obstetras assume um papel central, acompanhando a mulher ao longo da gravidez, durante o TP e no período pós-natal. A sua intervenção baseia-se numa abordagem centrada na mulher e na família, promovendo a escuta ativa, o respeito pela diversidade cultural e a criação de um ambiente de confiança e segurança. Além disso, o Enfermeiro Obstetra contribui para facilitar a comunicação entre a mulher migrante e a equipa de saúde, reduzir desigualdades no acesso e garantir que os cuidados prestados são sensíveis às especificidades culturais, sociais e emocionais de cada mulher, promovendo, assim, resultados perinatais mais positivos.

A Figura 8 ilustra, em formato infográfico, os principais resultados obtidos na revisão integrativa da literatura. Este recurso visual destaca os fatores que contribuem para as desigualdades na saúde entre grupos minoritários, com enfoque nas mulheres migrantes, e os desafios enfrentados pelos enfermeiros obstetras na prestação de cuidados.

Figura 8. Infográfico da revisão integrativa.



Fonte: Elaboração própria

2.2. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

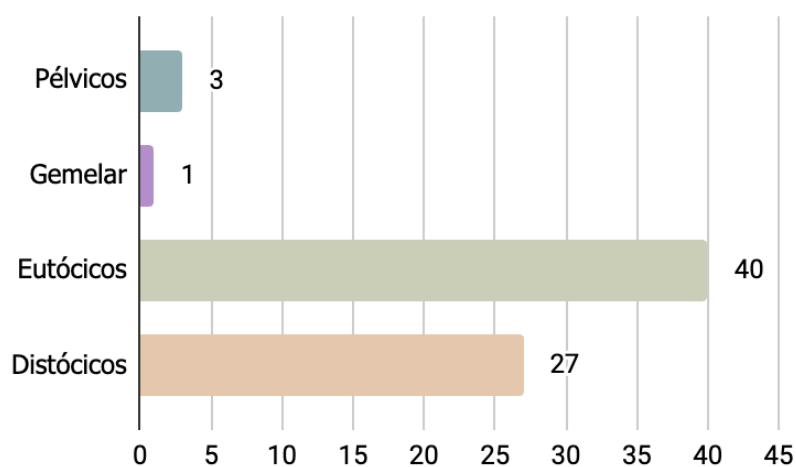
Concluída a revisão da literatura sobre os Desafios Culturais no Trabalho de Parto, tornou-se possível transpor os conhecimentos adquiridos ao contexto prático. Compete ao Enfermeiro Obstetra adotar práticas que priorizem a qualidade, a segurança e o respeito pela diversidade cultural da mulher em TP. A integração de evidência científica atualizada e de diretrizes bem definidas permite uma atuação mais segura, eficaz e humanizada, promovendo a evolução do parto com o mínimo de riscos e com maior satisfação por parte da utente e da sua família.

A amostra empírica incluiu todas as mulheres em TP acompanhadas no âmbito da prática clínica desenvolvida no BP. A recolha de dados foi realizada através da análise do Partograma, do Boletim de Saúde da Grávida e do Processo Clínico, com recurso ao SI SClínico® Hospitalar, complementada pela observação direta da parturiente. Todo o processo respeitou os princípios da proteção de dados e o disposto no artigo 85.º do Código Deontológico, assegurando o sigilo e a confidencialidade da informação. Para a análise dos dados, foi utilizado o software Microsoft Excel, sendo os gráficos elaborados de forma autónoma com base na informação recolhida.

Caracterização Sociodemográfica da População-Alvo

No decorrer do ENP, foram acompanhadas 71 mulheres em TP, das quais, 41 foram assistidas pela mestranda que realizou o parto, tendo participado ativamente nos restantes 30, que incluíram cesarianas e partos instrumentados com ventosas/fórceps (Figura 9).

Figura 9. Distribuição dos partos acompanhados pela mestranda durante o ENP

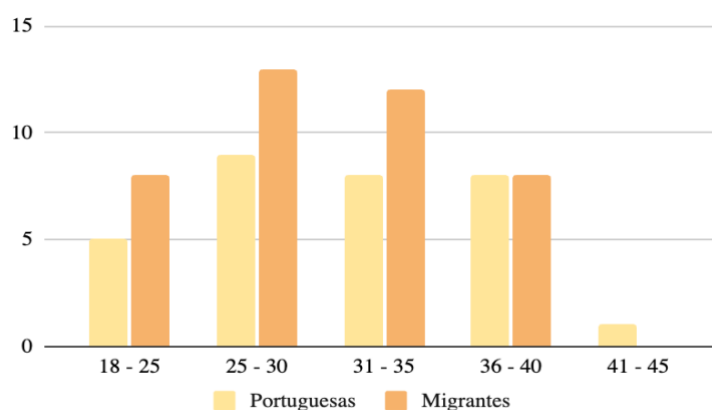


Fonte: Elaboração própria

Grupos Etários

Relativamente às idades das parturientes (Figura 10), os dados revelam que as mulheres migrantes apresentam maior representatividade nas faixas etárias mais jovens. Em contraste, as mulheres portuguesas predominam nas idades compreendidas entre os 36 e os 40 anos, bem como acima dos 40 anos. Esta distribuição etária está em consonância com a tendência demográfica observada nas últimas décadas, segundo a qual a população estrangeira residente em Portugal é, em média, mais jovem do que a população nacional (Oliveira, 2023). Os dados obtidos confirmam esta realidade, uma vez que 80% das mulheres migrantes tinham entre 18 e 35 anos, ao passo que, entre as mulheres portuguesas, essa faixa etária representava apenas 70%. Embora não se observe uma discrepância significativa na média de idades, as mulheres portuguesas apresentam uma média ligeiramente superior à das mulheres migrantes: 31,4 anos vs 30,05 anos. Estes valores estão alinhados com as estatísticas demográficas nacionais, que indicam que, em 2023, a idade média ao nascimento de um filho era de 31,6 anos (INE, 2024).

Figura 10. Grupo etário das parturientes: portuguesas vs migrantes

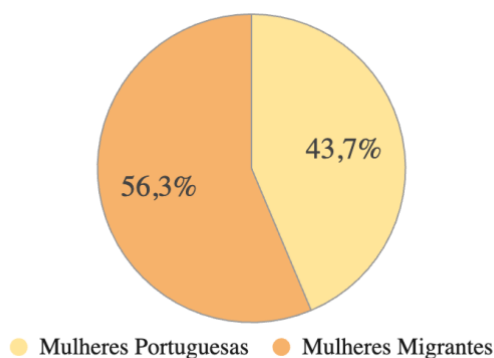


Fonte: Elaboração própria

Nacionalidade

Relativamente à nacionalidade, das 71 mulheres acompanhadas, importa salientar 40 eram migrantes e 31 mulheres portuguesas, conforme ilustrado na Figura 11.

Figura 11. Parturientes assistidas: portuguesas vs migrantes

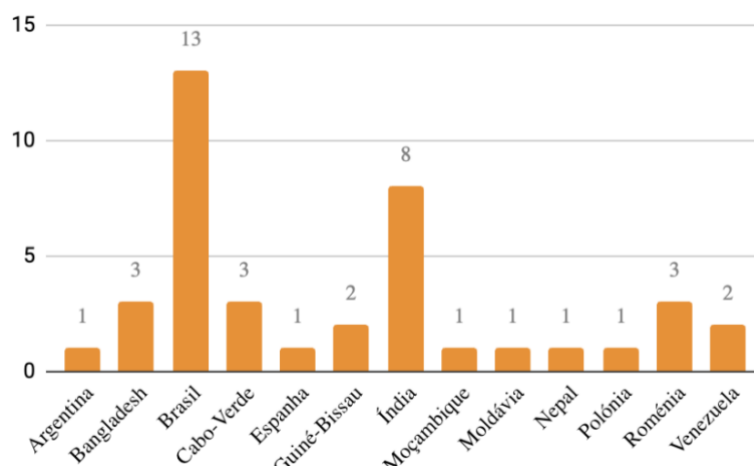


Fonte: Elaboração própria

Nas últimas décadas, a Europa tem-se tornado progressivamente mais multicultural, afastando-se da anterior homogeneidade demográfica (Antón-Solanas et al., 2022). Em 2020, estimava-se a existência de 281 milhões de migrantes internacionais, representando cerca de 3,6% da população mundial (OIM, 2024). Portugal acompanha esta evolução, em 2023, 9,8% da população residente era composta por cidadãos estrangeiros (Lopes et al., 2024). Entre 2015 e 2023, a proporção de nados-vivos de mães estrangeiras aumentou de 8,4% para 21,9% (INE, 2024).

No que respeita às mulheres migrantes da amostra (n=40), destacam-se as nacionalidades brasileira e indiana (Figura 12), o que está em consonância com os dados do INE (2025), que referentes ao ano 2024, identificam como mais representadas as parturientes oriundas do Brasil, Angola, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Guiné-Bissau, Índia, Bangladesh e Nepal.

Figura 12. Distribuição das parturientes migrantes por nacionalidade

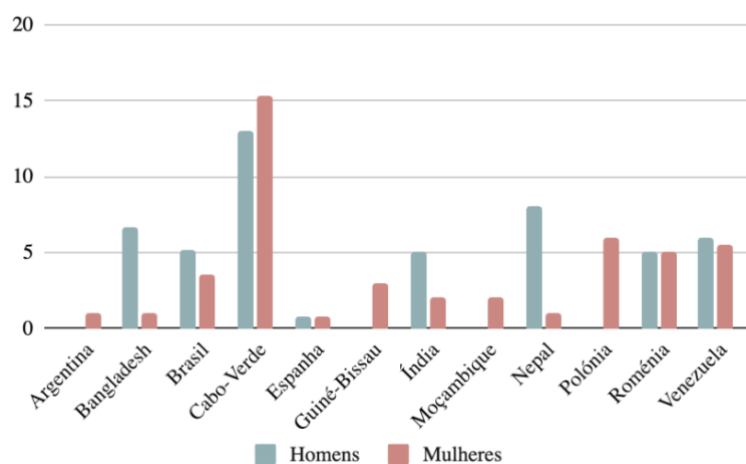


Fonte: Elaboração própria

Tempo de Permanência

A análise da amostra (Figura 13) indica que as mulheres migrantes permanecem, em média, menos tempo no país do que os seus companheiros, sugerindo um processo migratório mais recente. Esta diferença pode refletir a vinda antecipada dos homens para estabilizar a situação socioeconómica ou resultar de fatores culturais, sociais e económicos. Segundo Topa (2016), a migração feminina ocorre frequentemente no contexto da reunificação familiar ou para alcançar maior autonomia financeira, educacional ou afetiva.

Figura 13. Tempo de Permanência, em meses, em Portugal: mulheres migrantes vs companheiros



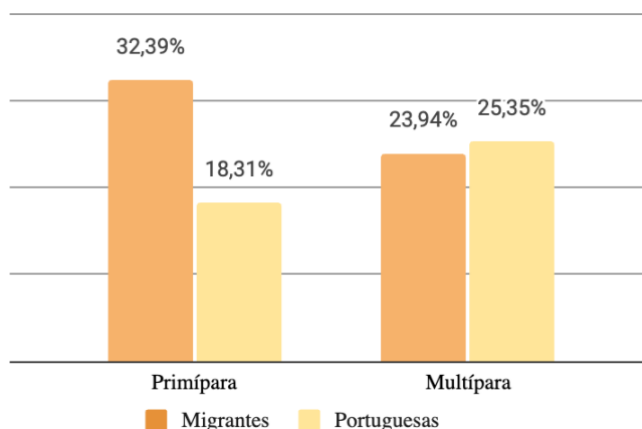
Fonte: Elaboração própria

Caracterização Obstétrica da População-Alvo

Paridade

A paridade das 71 participantes foi sistematizada na Figura 14, sendo notório um predomínio de primíparas entre as mulheres migrantes (32,39%), comparativamente às mulheres portuguesas (18,31%). Relativamente às múltiparas, verifica-se o padrão inverso, com uma proporção mais elevada entre as mulheres portuguesas (25,35%) face às mulheres migrantes (23,94%).

Figura 14. Paridade das mulheres migrantes e portuguesas

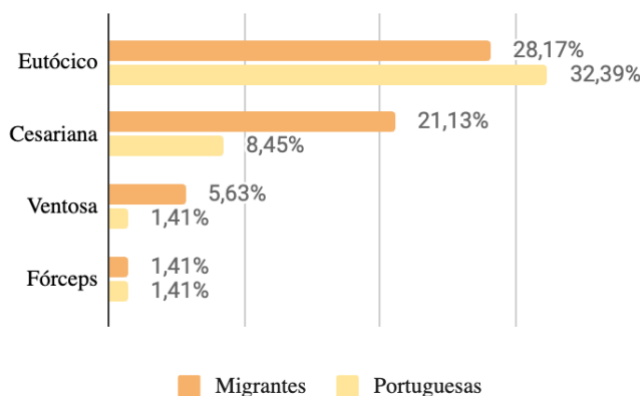


Fonte: Elaboração Própria

Tipo de Parto

Os partos distócicos, como fórceps, ventosa ou cesariana, têm vindo a aumentar nos hospitais, sendo particularmente evidente o crescimento das cesarianas, cuja incidência passou de 27% para 37% entre 1999 e 2023 (INE, 2025). Os dados desta amostra acompanham essa evolução, revelando uma elevada proporção de partos distócicos (39,4%) entre as parturientes assistidas. A Figura 15 evidencia uma maior prevalência deste tipo de parto entre as mulheres migrantes, destacando-se as cesarianas (21,13% nas mulheres migrantes face a 8,45% nas portuguesas) e os partos vaginais instrumentados com ventosa (5,63% vs 1,41%). Estes resultados corroboram as conclusões de Keygnaert et al. (2016), que identificam uma maior incidência de resultados perinatais desfavoráveis entre mulheres migrantes, incluindo taxas superiores de cesarianas, partos instrumentados, abortos e complicações.

Figura 15. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por tipo de parto

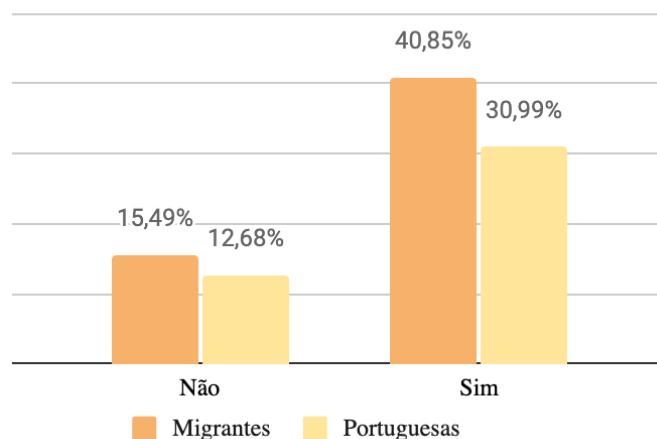


Fonte: Elaboração própria

Planeamento da Gravidez

Com base nos dados obtidos (Figura 16), das 20 mulheres com gravidez não planeada, 15,49% eram migrantes e 12,68% portuguesas. Verifica-se, assim, uma maior proporção de gravidezes não planeadas entre as mulheres migrantes, o que corrobora as conclusões de Zarth et al. (2024), que identificam este grupo como particularmente vulnerável à ocorrência de gravidez indesejada e não planeada.

Figura 16. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por planeamento da gravidez



Fonte: Elaboração própria

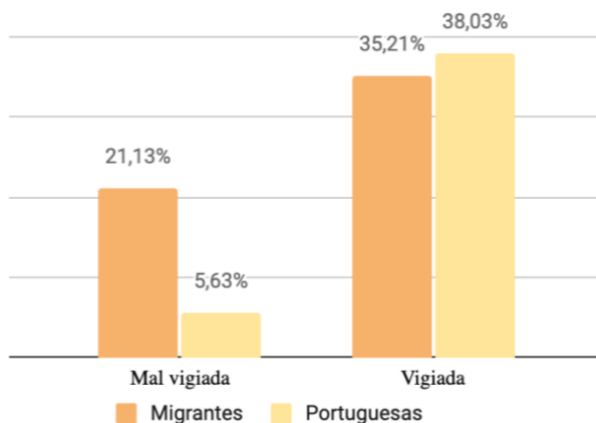
Vigilância da Gravidez

Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), o número de consultas recomendadas varia consoante a presença de patologia, sendo estabelecido um esquema comum para grávidas de baixo risco que prevê seis consultas até às 40 semanas. Assim, considera-se inadequada a vigilância pré-natal quando são realizadas menos de seis consultas.

Conforme ilustrado na Figura 17, 21,13% das mulheres migrantes e 5,63% das mulheres portuguesas apresentaram uma vigilância pré-natal insuficiente, evidenciando uma proporção substancialmente superior entre as migrantes. Estes dados estão em linha com a literatura, que aponta para um menor acesso das mulheres migrantes ao planeamento familiar, à contraceção e aos cuidados ginecológicos de rotina. Esta vulnerabilidade é particularmente acentuada nas migrantes em situação irregular, que tendem a iniciar tardiamente os cuidados pré-natais e a aderir menos às medidas preventivas (Keygnaert et al., 2016). Adicionalmente, Topa (2016) associa o início tardio da vigilância pré-natal a desfechos adversos na saúde materna e neonatal,

estimando que cerca de 20% das mortes maternas ocorrem em mulheres com acompanhamento insuficiente durante a gravidez.

Figura 17. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por vigilância da gravidez

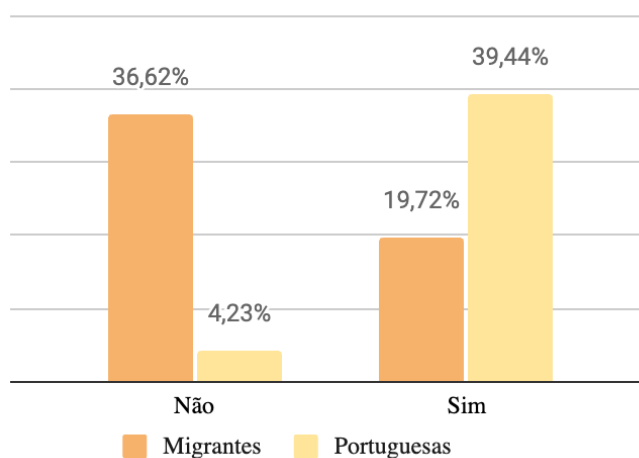


Fonte: Elaboração própria

Acesso ao médico de Família

Os dados recolhidos (Figura 18) indicam que 36,62% das parturientes migrantes não tinham médico de família, comparativamente a 4,23% das mulheres portuguesas. Esta diferença pode estar relacionada com a condição migratória, uma vez que mulheres em situação irregular tendem a evitar os serviços de saúde por receio de denúncia, recorrendo frequentemente a acompanhamento informal (Topa, 2016). Esta limitação no acesso ao médico de família compromete a vigilância pré-natal adequada e pode ter repercussões negativas na saúde materna e neonatal.

Figura 18. Comparação do acesso ao médico de família: mulheres migrantes vs portuguesas

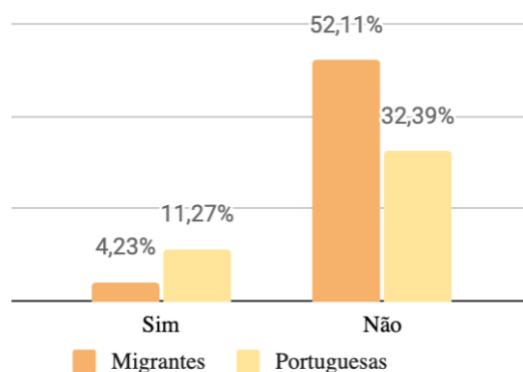


Fonte: Elaboração própria

Realização de Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

Com o intuito de avaliar o nível de participação no decurso da gravidez, foi inquirido a adesão aos PPPP. Conforme ilustrado pela Figura 19, a maioria das parturientes não participou destes programas, destacando uma maior percentagem nas mulheres migrantes (52,11%). Importa ainda destacar que, das 71 parturientes acompanhadas, apenas duas elaboraram um plano de parto, o que evidencia uma limitação no acesso ou adesão a recursos que promovem a literacia em saúde e a participação ativa no processo de cuidados.

Figura 19. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por realização de PPPP



Fonte: Elaboração própria

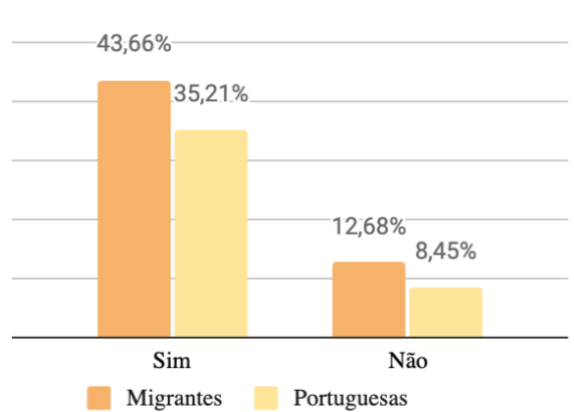
Controlo da Dor através de Analgesia Epidural

A analgesia epidural é considerada o método mais eficaz para o controlo da dor durante o TP. No entanto, as estratégias utilizadas para lidar com a dor são fortemente influenciadas por fatores culturais, espirituais e religiosos. Em diferentes contextos socioculturais, recorrem-se a abordagens diversas, podendo ir desde intervenções médicas até práticas tradicionais com forte componente espiritual e emocional. Estas práticas refletem a forma como cada cultura interpreta o parto, atribuindo-lhe significados próprios e moldando a forma como a dor é experienciada e gerida (Rugumisa, 2024).

Segundo Petruschke et al. (2016), as mulheres migrantes tendem a apresentar uma menor taxa de utilização de analgesia epidural, o que pode estar associado a barreiras linguísticas, dificuldades na obtenção do consentimento informado, dúvidas sobre os riscos do procedimento, influências culturais e familiares, nível de escolaridade e à abordagem dos profissionais de saúde. Contudo, os dados obtidos nesta amostra (Figura 20) revelam uma tendência contrária, com uma maior proporção de mulheres migrantes a optar por este procedimento (43,66%), comparativamente às mulheres portuguesas (35,51%). Estes

resultados podem indicar uma maior integração no sistema de saúde, melhor acesso à informação ou uma adaptação dos cuidados prestados.

Figura 20. Utilização de analgesia epidural em mulheres migrantes vs portuguesas



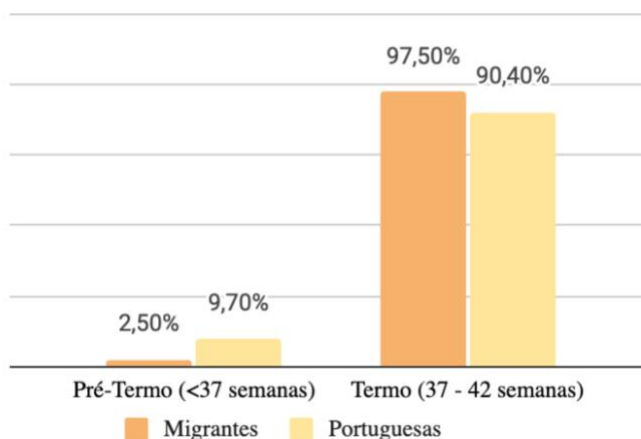
Fonte: Elaboração própria

Caracterização do RN

Idade Gestacional

Dos 71 partos em que a mestrandia participou, diretamente ou em colaboração com outros profissionais de saúde, os RN apresentaram uma idade gestacional entre as 25 semanas e as 41 semanas. Considera-se pré-termo a idade gestacional inferior a 36 semanas e 6 dias, e gravidez de termo entre as 37 semanas e as 41 semanas e 6 dias. Apenas 9,85% dos partos foram classificados como pré-termo, sendo a maioria de termo. No grupo de partos de termo, destaca-se que 97,50% foram de mulheres migrantes e 90,40% de mulheres portuguesas (Figura 21), evidenciando uma maior proporção de gravidezes de termo entre as mulheres migrantes da amostra.

Figura 21. Distribuição dos RN de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por idade gestacional

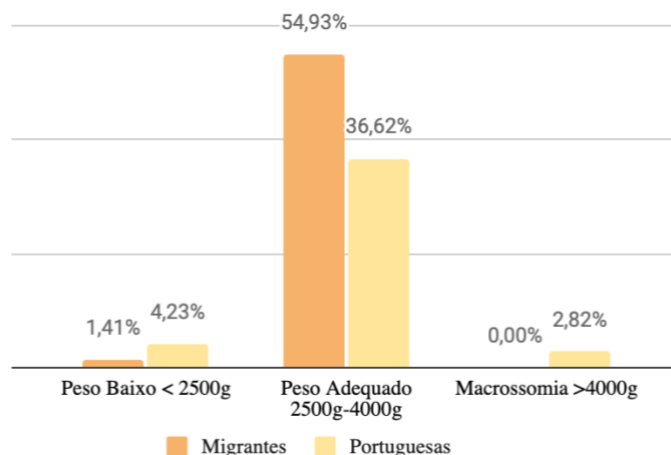


Fonte: Elaboração própria

Peso ao Nascer

No que diz respeito ao peso à nascença, considera-se adequado um valor entre 2500g e 4000g, sendo classificado como baixo peso quando inferior a 2500g e como macrosomia quando superior a 4000g. Com base nos dados recolhidos (Figura 22), a maioria dos RN apresentou peso adequado ao nascer. Observa-se, contudo, uma maior percentagem de baixo peso entre os recém-nascidos de mães portuguesas (4,23%) em comparação com os de mães migrantes (1,41%). Relativamente à macrosomia, apenas os filhos de mulheres portuguesas (2,82%) apresentaram peso superior a 4000g. Estes resultados contrastam com a evidência existente, que associa a migração a um maior risco de complicações perinatais, como parto pré-termo e baixo peso à nascença (Reppen et al., 2023). Os dados obtidos sugerem que, neste contexto específico, as mulheres migrantes beneficiaram de cuidados que poderão ter contribuído para melhores resultados perinatais, desafiando generalizações presentes na literatura e reforçando a importância de abordagens individualizadas e culturalmente sensíveis.

Figura 22. Comparação do peso ao nascer: RN de mães migrantes e portuguesas



Fonte: Elaboração própria

2.3. DISCUSSÃO GERAL

A síntese dos dados recolhidos na prática clínica revela disparidades no acesso aos cuidados de saúde e nos indicadores perinatais, evidenciando os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados a mulheres migrantes, sobretudo durante o parto. A consciencialização desta realidade exige uma reflexão crítica sobre os determinantes sociais, culturais, económicos e estruturais que influenciam negativamente o percurso destas mulheres no sistema de saúde.

A literatura evidencia que as mulheres migrantes enfrentam maior risco de parto pré-termo, baixo peso à nascença, partos instrumentados, sofrimento fetal, HPP e uma experiência de parto menos positiva, quando comparadas com mulheres não migrantes (Topa, 2016). Barreiras linguísticas, baixos níveis de literacia em saúde e discriminação são fatores que contribuem significativamente para esta realidade (Bain et al., 2021). Estas condições, aliadas às diferenças culturais, dificultam a comunicação entre parturientes e profissionais de saúde, sendo esta uma relação essencial para uma experiência de parto positiva (Reppen et al., 2023).

Confrontando os dados empíricos com as conclusões da revisão integrativa, verifica-se uma correspondência significativa entre os desafios identificados na literatura e os observados na prática clínica. A revisão evidenciou que as barreiras linguísticas, a inadequada vigilância pré-natal e a limitação no acesso aos cuidados de saúde constituem obstáculos *major* para as mulheres migrantes. Os dados empíricos confirmam estas conclusões, revelando que 21,13% das mulheres migrantes apresentaram vigilância pré-natal inadequada, comparativamente a apenas 5,63% das portuguesas, e que 36,62% não possuíam médico de família, em contraste, com as 4,23% das mulheres portuguesas.

Adicionalmente, diversos fatores estruturais foram identificados como barreiras significativas ao acesso de cuidados obstétricos por parte das mulheres migrantes. Destacam-se as dificuldades de transporte, as limitações financeiras, a ausência de dispensa laboral e a falta de apoio social ou familiar. Algumas destas condições foram apontadas pelas participantes como razões determinantes para a não adesão aos PPPP. De facto, verificou-se que 84,5% das mulheres não frequentaram estes programas, sendo que mais de metade, cerca de 52,11% eram migrantes, o que evidencia disparidades relevantes na adesão a cuidados educativos e preventivos durante a gravidez.

A prestação de cuidados adequados exige sensibilidade cultural e uma abordagem centrada na pessoa, capaz de mitigar desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados. Contudo, o aconselhamento profissional pode, por vezes, entrar em conflito com as orientações culturais e familiares das mulheres migrantes, gerando insegurança na tomada de decisão. A omissão de informações relevantes, os longos tempos de espera, a perceção de indisponibilidade dos profissionais, o desconhecimento das leis, os estereótipos e preconceitos culturais, a exclusão da mulher no processo de decisão e o acesso limitado a cuidados especializados contribuem para uma prestação de cuidados inadequada e ineficaz (Antón-Solanas et al., 2022).

Neste contexto, o estabelecimento de uma relação de confiança entre as mulheres e os Enfermeiros Obstetras é fundamental para que estas se sintam seguras e preparadas para o parto,

mesmo na ausência de apoio social ou familiar. A formação contínua destes profissionais em competência cultural é imprescindível para que possam identificar e responder eficazmente às necessidades específicas destas mulheres, assegurando cuidados equitativos, humanizados e culturalmente sensíveis (Leininger & McFarland, 2006).

A aplicação dos pressupostos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger revelou-se fundamental na prática clínica desenvolvida. A implementação das três modalidades de ação – preservação, acomodação e reestruturação dos cuidados culturais – permitiu uma abordagem mais eficaz e culturalmente competente. Na preservação dos cuidados culturais, foram respeitadas práticas tradicionais benéficas, como posições específicas durante o TP e rituais familiares. A acomodação manifestou-se através da adaptação de procedimentos técnicos às preferências culturais, como a presença de familiares do sexo feminino durante o parto. A reestruturação foi necessária quando práticas culturais poderiam comprometer a segurança materno-fetal, sendo implementadas através de diálogo respeitoso e Educação para a Saúde [EpS].

A resposta às necessidades das mulheres e famílias migrantes exige uma abordagem integrada e colaborativa entre os diferentes níveis dos serviços de saúde. Como referem Fair et al. (2020), é fundamental que os profissionais recebam formação adequada e que sejam implementadas políticas institucionais que promovam um acompanhamento inclusivo e seguro, reconhecendo as vulnerabilidades associadas ao processo migratório e às exigências da gravidez.

A avaliação sistemática dos cuidados prestados permite conceber programas orientados para a construção de sistemas de saúde mais inclusivos, culturalmente competentes e equitativos. Para tal, é essencial que os serviços integrem as especificidades culturais, linguísticas e socioeconómicas das populações migrantes, bem como os impactos do processo migratório na sua saúde. A melhoria dos resultados maternos e neonatais depende, assim, do reforço da qualidade dos cuidados e da eliminação das disparidades no acesso aos serviços obstétricos (Costa et al., 2022). Os dados empíricos recolhidos corroboram as estratégias identificadas na revisão integrativa, nomeadamente a necessidade de intérpretes profissionais, formação em competência cultural e materiais informativos multilingues. A experiência prática demonstrou que a implementação efetiva dos pressupostos da Teoria de Leininger nos contextos clínicos demonstrou que a preservação, acomodação e reestruturação dos cuidados culturais constituem estratégias fundamentais para garantir uma assistência verdadeiramente centrada na pessoa e culturalmente competente.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A prática de enfermagem especializada exige a mobilização de um conjunto abrangente de competências científicas, técnicas e humanas, que transcendem as habilidades fundamentais da enfermagem geral (OE, 2021). O desenvolvimento das competências inerentes ao exercício do Enfermeiro Especialista, tanto as de carácter transversal como as específicas da área de SMO, deve assentar numa prática reflexiva e sustentada por evidência científica atualizada. Este processo é essencial para fortalecer o raciocínio clínico, promover a autorregulação profissional e assegurar uma integração eficaz entre o conhecimento teórico e a sua aplicação prática. Estes elementos são fundamentais para garantir cuidados especializados que sejam seguros, contínuos e ajustados à complexidade das necessidades dos utentes.

Neste capítulo, propõe-se uma reflexão crítica sobre o processo de aquisição e mobilização dessas competências, com base nas experiências vivenciadas e nas intervenções realizadas nos diferentes contextos clínicos ao longo do ENP, fundamentada nos pressupostos da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que orienta a prática de enfermagem transcultural e a prestação de cuidados culturalmente congruentes.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

O título de Enfermeiro Especialista, atribuído pela OE, pressupõe não apenas a demonstração de competências específicas da área de especialização, mas também a aquisição de um conjunto de competências comuns, aplicáveis a qualquer contexto de prestação de cuidados. Estas competências comuns são

“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019a, p4745).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estas competências refletem a exigência técnica e científica que distingue o enfermeiro especialista do enfermeiro de cuidados gerais, sendo organizadas em quatro domínios transversais: Responsabilidade Profissional Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Procede-se, de seguida, à análise do modo como foram desenvolvidas as competências inerentes a cada um dos domínios, integrando os princípios da enfermagem transcultural que permearam toda a prática clínica.

Domínio A: “Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal”

Competência A1: “Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019a, p4745)

A prática especializada em SMO exige um elevado grau de responsabilidade ética, legal e deontológica, especialmente na relação de proximidade e confiança estabelecida com a mulher, o casal e a família. Neste sentido, enquanto mestranda procurei adotar uma tomada de decisão sustentada por um juízo crítico, fundamentado tanto no conhecimento teórico adquirido ao longo da formação como na experiência prática vivida nos diferentes contextos clínicos. Segundo Lourenço et al. (2022), a tomada de decisão é um pilar essencial na prática, gestão e formação em enfermagem, exigindo autonomia e responsabilidade por parte dos profissionais. Para garantir intervenções seguras, eficazes e ajustadas às necessidades individuais dos utentes, é imprescindível que as decisões se baseiem na melhor evidência científica disponível, aliada à experiência clínica e ao raciocínio crítico.

Esta abordagem alinha-se com os pressupostos de Leininger (2001), que enfatiza a importância de integrar o conhecimento científico com a compreensão cultural para uma tomada de decisão mais holística e culturalmente congruente. Paralelamente, a participação ativa no processo de tomada de decisão em equipa permitiu reconhecer o valor do trabalho colaborativo e da complementaridade de saberes entre os diferentes profissionais de saúde. Esta articulação revelou-se essencial para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados, promovendo uma resposta mais eficaz às necessidades das mulheres e dos RN, considerando sempre as suas especificidades culturais e individuais.

A supervisão clínica desempenha igualmente um papel relevante na formação de profissionais tecnicamente qualificados e eticamente responsáveis, ao facilitar a integração dos estudantes de enfermagem no ambiente de cuidados. Este processo fomenta o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, preparando-os para a complexidade dos contextos clínicos e contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2025).

Neste enquadramento, procurei aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento e organização dos serviços, recorrendo à consulta de protocolos e normas específicas de cada

contexto clínico. Na seleção das intervenções, foi adotada uma abordagem crítica e reflexiva, considerando a evidência científica, a aplicabilidade no contexto, as preferências da utente e os princípios éticos e legais. A atuação esteve sempre orientada para uma tomada de decisão partilhada com a mulher/casal, promovendo o diálogo, a escuta ativa e o respeito pela autonomia.

Esta abordagem permitiu integrar as perspetivas e os valores dos intervenientes no processo de cuidados, reforçando o vínculo terapêutico e garantindo que as decisões refletissem verdadeiramente as suas necessidades e expectativas. Segundo Montori et al. (2023), o cuidado resulta da interação entre o profissional de saúde e o utente, num processo de comunicação colaborativa que visa construir uma compreensão partilhada da situação clínica e identificar estratégias de melhoria, tendo em conta as prioridades e valores da pessoa. Esta dinâmica está em consonância com o conceito de acomodação ou negociação do cuidado cultural, proposto por Leininger no seu modelo *Sunrise*, que defende a adaptação dos cuidados profissionais às práticas culturais da pessoa, sempre que possível, de forma a promover o seu bem-estar. A evidência empírica demonstrou que esta abordagem foi particularmente relevante no cuidado a mulheres migrantes, onde a negociação cultural se tornou essencial para a prestação de cuidados eficazes e respeitosos. Assim, a melhor decisão clínica é alcançada através de uma colaboração deliberada entre ambos.

Competência A2: “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019a, p4745)

Durante toda a prática clínica, procurei assegurar o respeito pelos direitos humanos e pelos princípios deontológicos da profissão, nomeadamente no que diz respeito ao acesso à informação, à privacidade, à confidencialidade e ao direito de escolha. Identifiquei-me sempre como estudante de mestrado em Enfermagem de SMO, garantindo total transparência e oferecendo, desde o início, a possibilidade de as utentes optarem por ser cuidadas por outro profissional, caso assim o desejassem. Esta postura visou respeitar a autodeterminação de cada mulher, promovendo uma relação de confiança, transparente e eticamente responsável.

O sigilo profissional, enquanto pilar fundamental da prática de enfermagem, tem como finalidade “respeitar e proteger o direito à reserva da intimidade da vida privada e à confidencialidade das informações e dados pessoais” (OE, 2011, p.11112). Este princípio foi rigorosamente cumprido, tanto no exercício clínico como na elaboração dos trabalhos académicos. Em todos os documentos produzidos foi garantido o anonimato das utentes, salvaguardando a confidencialidade da informação recolhida. No contexto clínico de

Internamento de Grávidas Patológicas, foi elaborado um estudo de caso intitulado “Interrupção Médica da Gravidez” (Apêndice B), para o qual foi previamente solicitada autorização à utente, tendo esta consentido de forma informada e voluntária.

Enquanto mestranda, procurei desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com a utente, através de momentos de ensino e diálogo, envolvendo-a ativamente na identificação das suas necessidades e na construção de um plano de cuidados ajustado aos seus valores, crenças e expectativas. Este envolvimento contribuiu para o empoderamento da mulher, fortaleceu a relação terapêutica e favoreceu a adesão aos cuidados propostos.

Adotei uma abordagem equitativa, prestando cuidados com o mesmo grau de respeito, atenção e qualidade a todas as mulheres, independentemente da sua origem cultural, nacionalidade ou condição socioeconómica. Esta postura refletiu-se na prática junto de mulheres migrantes e não migrantes, assegurando o reconhecimento e valorização das suas especificidades culturais, sem comprometer os princípios éticos, legais e profissionais que orientam a enfermagem. O respeito pela diversidade e pela individualidade de cada mulher foi um elemento central da minha atuação, contribuindo para a prestação de cuidados sensíveis, humanizados e centrados na pessoa. De acordo com Leininger (2001), a cultura constitui a base mais abrangente para compreender o ser humano, sendo um conhecimento essencial para a prática de enfermagem. Trata-se de um conjunto de valores, crenças, normas e estilos de vida que caracterizam um grupo específico, os quais são aprendidos, partilhados e transmitidos, moldando a forma como as pessoas pensam, tomam decisões e atuam. A experiência prática confirmou estes pressupostos teóricos, evidenciando como as diferenças culturais influenciaram significativamente as perceções das mulheres sobre o processo de nascimento, as práticas de autocuidado e as expectativas relativamente aos cuidados de saúde.

Por fim, no seio da equipa de enfermagem, empenhei-me em promover uma cultura de responsabilidade e ética profissional, incentivando a reflexão sobre as práticas, o cumprimento das normas regulamentares da profissão e o respeito mútuo entre colegas. A vivência destes princípios contribuiu significativamente para o meu crescimento enquanto futura enfermeira especialista e para a construção de uma identidade profissional sólida, comprometida com os mais elevados padrões de qualidade e humanização dos cuidados.

Domínio B: “Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade”

Competência B1: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019a, p4745)

A governação clínica consiste num conjunto de estratégias, estruturas e processos que as instituições de saúde implementam com o objetivo de garantir que os cuidados prestados são seguros, eficazes, baseados na evidência e centrados na pessoa. Este conceito surgiu no Reino Unido, na década de 90, como resposta à necessidade de reforçar a qualidade e a responsabilização nos serviços de saúde (Rodrigues & Felício, 2017).

Em Portugal, a DGS assegura a operacionalização deste princípio através da elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde [PNS]. O PNS 2030, que abrange o período de 2021 a 2030, constitui um processo estruturado e colaborativo com a OMS, tendo como finalidade melhorar a saúde e o bem-estar da população ao longo do ciclo de vida, com especial enfoque na redução das desigualdades e na sustentabilidade ambiental (DGS, 2022).

No âmbito do MESMO, reconheci a importância de assumir um papel proativo na implementação de estratégias institucionais, especialmente aquelas orientadas para a humanização dos cuidados e a promoção da equidade cultural. Este envolvimento traduziu-se na adaptação de documentos previamente existentes relativos ao consentimento informado para analgesia epidural (Apêndice I), disponibilizando-os em línguas faladas no Indostão, nomeadamente hindi e nepalês, correspondentes às nacionalidades mais representadas na unidade do BP. Esta iniciativa alinha-se diretamente com os pressupostos de Leininger sobre a preservação e manutenção do cuidado cultural, demonstrando como a adaptação de práticas institucionais pode promover cuidados culturalmente congruentes, contribuindo significativamente para melhorar a acessibilidade ao procedimento por parte das mulheres migrantes que não dominavam a língua portuguesa ou inglesa, promovendo cuidados mais inclusivos, informados e respeitadores da diversidade cultural.

Competência B2: “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019a, p4745)

A qualidade dos cuidados de saúde pode ser entendida como a avaliação do bem-estar da pessoa que os recebe, considerando o equilíbrio entre os benefícios e os riscos ou perdas associadas ao processo assistencial. Trata-se de um conceito concreto e mensurável, sustentado por pilares fundamentais como a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade por parte dos utentes, legitimidade profissional e institucional, e equidade no acesso e na prestação dos cuidados (OE, 2021).

Neste enquadramento, a OE define que os cuidados de enfermagem devem centrar-se no apoio à pessoa na construção e concretização do seu projeto de saúde, ao longo de todas as fases da vida. Estes cuidados visam prevenir a doença, promover a readaptação, responder às

necessidades humanas essenciais e fomentar a maior independência possível nas atividades diárias. Quando existem limitações, é fundamental capacitar a pessoa para lidar com os diferentes desafios, frequentemente através de processos de aprendizagem (OE, 2001).

Com esse propósito, ao longo do ENP, promovi ativamente a capacitação das mulheres e famílias a quem prestei cuidados diretos. Entre as iniciativas desenvolvidas, destaca-se a criação de um livro-panfleto informativo (Apêndice E), com conteúdos baseados em evidência sobre o pós-parto, incluindo orientações sobre recuperação física, saúde mental, amamentação, sinais de alerta e cuidados ao RN. Este material foi disponibilizado em português e inglês, com o objetivo de abranger o maior número possível de puérperas. Esta abordagem multilíngue reflete os princípios da enfermagem transcultural de Leininger, particularmente no que se refere à reestruturação e renegociação do cuidado cultural para promover práticas de saúde benéficas. Para facilitar o acesso à informação e promover a adesão, foram também criados QR *codes* (Apêndice J) e afixados nas salas de internamento.

Com vista à melhoria contínua da prática clínica, foi ainda desenvolvida uma apresentação sobre a atuação em situações de pré-eclâmpsia (Apêndice F), posteriormente apresentada como formação em serviço. Esta ação teve como objetivo sensibilizar a equipa para os critérios de gravidade e para a abordagem adequada perante grávidas com este diagnóstico. Segundo a ACOG (2020a), a pré-eclâmpsia é uma condição que afeta entre 2% e 8% das gravidezes a nível mundial, no contexto do ENP, 4% das gravidezes vigiadas apresentaram esta patologia. Complementarmente, foi elaborado um póster informativo (Apêndice K), exposto no serviço, que esquematiza o cronograma de atuação perante grávidas com pré-eclâmpsia. Estas iniciativas visaram contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a adoção de práticas clínicas baseadas na evidência e alinhadas com os princípios da governação clínica.

Competência B3: “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019a, p4745)

Independentemente do contexto em que atuam, os enfermeiros, enquanto profissionais qualificados e detentores de competências científicas, técnicas e humanas, devem orientar a sua prática por padrões de qualidade, assegurando uma prestação de cuidados segura, eficaz e adequada. Para garantir esse cuidado num ambiente terapêutico, é essencial criar condições que promovam o bem-estar físico, emocional, espiritual e cultural da mulher, do RN e da família, assegurando simultaneamente a segurança dos profissionais envolvidos (Azevedo et al., 2020).

Neste âmbito, destaca-se a importância de fomentar a sensibilidade cultural e espiritual, reconhecendo que cada mulher e família possui um conjunto único de valores, crenças e

tradições que influenciam as suas vivências e perceções de segurança. Os fatores culturais exercem um impacto significativo nas expressões, crenças e práticas relacionadas com a saúde, a doença, o bem-estar e até com o modo como se enfrenta a morte e as comorbilidades (Leininger, 2001). A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural tem-se revelado uma referência importante na orientação da prática de enfermagem, ao valorizar a escuta ativa e uma abordagem holística e individualizada como elementos essenciais para integrar as dimensões culturais no plano de cuidados, promovendo uma experiência mais humanizada e respeitadora da diversidade (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

A experiência empírica confirmou estes pressupostos teóricos, evidenciando como mulheres de diferentes origens culturais apresentavam conceções distintas sobre o papel da família durante o TP, as práticas de amamentação e os rituais pós-parto. Tendo em conta estes princípios, a mestranda procurou, ao longo dos contextos clínicos, envolver a família ou outros elementos significativos no processo de cuidados, reforçando o apoio emocional à mulher, especialmente em momentos críticos como o TP, o puerpério imediato ou a hospitalização do RN. O envolvimento da família revelou-se fundamental não só para facilitar a compreensão e adesão às orientações de saúde, como também para promover a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar (Fiorott et al., 2024).

Adicionalmente, a segurança da informação clínica foi assegurada através do registo adequado, confidencial e atualizado dos dados da mulher e do RN. Para tal, a mestranda utilizou sistemas informáticos seguros, efetuando registos rigorosos e claros das intervenções de enfermagem, complementados por uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar, garantindo assim a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados.

Domínio C: “Competências do domínio da gestão dos cuidados”

Competência C1: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019a, p4745)

Aos enfermeiros especialistas é exigida uma atuação proativa e estratégica, capaz de coordenar, articular e dinamizar respostas assistenciais, assegurando que os cuidados prestados sejam coerentes, seguros e centrados na pessoa e na família. No contexto da SMO, esta competência assume particular relevância no acompanhamento da mulher grávida, parturiente ou puérpera, dado o envolvimento de múltiplos profissionais, como EEESMO, médicos obstetras/ginecologistas, anestesistas, neonatologistas, assistentes sociais e psicólogos.

Importa sublinhar que o trabalho em equipa multidisciplinar, baseado na complementaridade de funções, não implica a substituição dos cuidados prestados por outros profissionais. Pelo contrário, exige uma articulação eficaz e, sempre que necessário, a referenciação para garantir o melhor interesse e benefício da pessoa cuidada (OE, 2017). Neste modelo colaborativo, o enfermeiro especialista pode realizar intervenções autónomas, sendo prescritas e implementadas pelo próprio, ou interdependentes, que decorrem da prescrição de outro profissional de saúde (OE, 2017).

Durante o ENP, enquanto mestranda integrei em equipas multidisciplinares, colaborando com profissionais de diferentes áreas e reconhecendo a importância da articulação e da complementaridade de saberes. Esta colaboração foi particularmente evidente no cuidado a mulheres de diferentes origens culturais, onde a articulação com intérpretes culturais e mediadores se revelou fundamental para assegurar a compreensão mútua e a adequação cultural dos cuidados, alinhando-se com os princípios de Leininger sobre a importância da comunicação transcultural. Esta colaboração contribuiu significativamente para a tomada de decisão partilhada, promovendo uma abordagem integrada e centrada na pessoa, e elevando a qualidade dos cuidados prestados.

Competência C2: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019a, p4745)

No exercício das suas funções, o enfermeiro deve demonstrar capacidade para tomar decisões complexas de forma autónoma, reconhecendo que a verdadeira autonomia implica não apenas a possibilidade de decidir, mas também a responsabilidade pelas decisões tomadas e pelos resultados que delas advêm. Enquanto prestador direto de cuidados, é essencial que elabore um plano de intervenção estruturado, considerando os recursos humanos, materiais e institucionais disponíveis, de modo a garantir uma resposta eficaz e segura às necessidades das utentes e suas famílias (Lourenço et al., 2022).

O investimento na formação, capacitação e valorização dos enfermeiros promove a evolução profissional no seio das equipas, evidenciada pela aplicação de competências especializadas. Estas competências assumem um papel central na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, traduzindo-se numa maior autonomia na tomada de decisão e na intervenção em contextos clínicos complexos, o que contribui para a segurança e excelência dos cuidados prestados (Ramos et al., 2023).

Neste contexto, destaca-se o conceito de liderança clínica, que reconhece o enfermeiro não apenas como prestador de cuidados, mas também como agente de mudança. Considera-se líder

clínico o profissional que, mesmo sem ocupar um cargo formal de liderança, demonstra competências e experiência clínica, influenciando positivamente a equipa na concretização das metas de qualidade e segurança dos cuidados (Isler et al., 2021).

A comunicação, segundo Lourenço et al. (2022), é um elemento fundamental na prestação de cuidados, permitindo recolher, organizar e interpretar informação de forma clara e contextualizada. Frequentemente, os dados encontram-se dispersos e fragmentados, sendo através de uma comunicação eficaz, especialmente em contexto multidisciplinar, que se torna possível tomar decisões mais seguras. Esta realidade foi particularmente evidente no cuidado transcultural, onde barreiras linguísticas e diferenças na interpretação de conceitos de saúde exigiram estratégias comunicacionais adaptadas, confirmando os pressupostos de Leininger sobre a importância da comunicação culturalmente sensível. Além disso, a comunicação promove a participação ativa dos profissionais na resolução de problemas, reforça a motivação individual e contribui para um ambiente de trabalho colaborativo e coeso.

Domínio D: “Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais”

Competência D1: “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (OE, 2019a, p4745)

Durante o ENP, surgiram diversas situações que exigiram a aquisição e o aprofundamento de conhecimentos, fundamentais para sustentar e justificar as intervenções realizadas. Este investimento contínuo na aprendizagem permitiu à mestranda prestar cuidados especializados baseados na melhor evidência científica disponível, sendo reconhecida e validada pelos supervisores clínicos e pela equipa multidisciplinar com quem colaborou. Ao longo de todo o percurso, a prática clínica esteve alinhada com normas, protocolos, orientações institucionais e fontes bibliográficas credíveis e atualizadas.

Cada pessoa é única, sendo influenciada pelas suas experiências de vida, pela família, pela cultura e pelo contexto social. Compreender o comportamento humano, seja em contexto pessoal ou profissional, exige o reconhecimento dessas diferenças (Silva et al., 2024). A Teoria de Leininger reforça esta perspetiva, enfatizando como os fatores culturais moldam não apenas as perceções de saúde e doença, mas também as expectativas relativamente aos cuidados de enfermagem. A consciência dos próprios recursos e limites permitiu à mestranda ajustar o seu comportamento às exigências de cada situação clínica, assegurando respostas mais adequadas e conscientes. Esta autorregulação revelou-se essencial para melhorar a comunicação e a empatia com as utentes, bem como para gerir eficazmente situações emocionalmente exigentes, como momentos de conflito, pressão ou decisões clínicas complexas. A capacidade de

adaptação e de resposta reflexiva contribuiu para uma prática mais segura, humanizada e centrada na pessoa, refletindo o compromisso com a excelência dos cuidados prestados.

Competência D2: “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019a, p4745)

Ao longo da formação académica, a mestranda reconheceu a importância de consolidar os conhecimentos teóricos que sustentam a prática clínica especializada. Durante o ENP, investiu ativamente no seu processo de aprendizagem, recorrendo à investigação e à produção de trabalhos que contribuíram para o desenvolvimento de competências técnicas e científicas. Este percurso permitiu-lhe consolidar uma prática fundamentada na evidência, com o acompanhamento e orientação das supervisoras clínicas e da orientadora pedagógica, garantindo cuidados seguros e de qualidade.

A participação em eventos científicos, como as XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Anexo A), onde obteve o 1º prémio com a submissão de um póster, e o Seminário do Dia Internacional do EEESMO: *Um Pilar Essencial em Tempos de Crise* (Anexo B), no qual realizou uma apresentação oral, aliada à elaboração da revisão integrativa da literatura e aos trabalhos académicos previamente mencionados, contribuiu significativamente para o enriquecimento do seu percurso formativo. Estas experiências promoveram a consolidação da base teórica necessária à prática clínica especializada, bem como o desenvolvimento de competências e a partilha de conhecimento técnico-científico, essenciais para a valorização do papel do enfermeiro como profissional reflexivo e crítico.

A divulgação de pósteres em eventos científicos e nas instituições onde decorreram os estágios traduziu-se num contributo relevante para a atualização das equipas, fomentando o diálogo interpares e incentivando a adoção de práticas baseadas na evidência. Estas iniciativas assumiram-se como catalisadoras na construção de uma cultura de qualidade, inovação e melhoria contínua em saúde, contribuindo para a disseminação de conhecimento científico na área da enfermagem de SMO.

A prática de enfermagem sustentada em evidência científica é atualmente reconhecida como o padrão de excelência para a prestação de cuidados seguros, eficazes e acessíveis em todo o mundo (Mohamed et al., 2024). A integração dos pressupostos da Teoria de Leininger na prática clínica demonstrou como a evidência científica deve ser contextualizada culturalmente para garantir a sua eficácia e adequação às necessidades específicas de cada população. À medida que os enfermeiros assumem um papel cada vez mais ativo na produção

de conhecimento científico, torna-se essencial reconhecer os desafios associados à sua elaboração e publicação. Para tal, é necessário investir em estratégias como o reforço da formação, o acompanhamento por orientadores experientes, a promoção da integridade académica e a divulgação do conhecimento através de meios digitais acessíveis ao público. A adoção destas medidas contribuirá não só para elevar a qualidade das publicações na área da enfermagem, como também para reforçar a visibilidade e o impacto da profissão na definição de políticas de saúde e na melhoria dos cuidados prestados à população (Arshabayeva et al., 2024).

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Desde a sua criação, a OMS tem reconhecido o valor e o contributo dos EEESMO, destacando o seu papel fundamental no desenvolvimento da saúde global (WHO, 2022). Para que este contributo se mantenha com elevados padrões de excelência, é imprescindível que os profissionais que optam por esta área desenvolvam competências especializadas, conforme definido no Regulamento n.º 391/2019 da OE (2019b). Este regulamento estabelece um conjunto de atividades essenciais orientadas para a aquisição e consolidação de saberes teóricos e práticos, sustentados por uma abordagem crítica, reflexiva e ética da prática profissional.

A aplicação prática das competências específicas do EEESMO deve ser fundamentada numa base teórica sólida que considere não apenas os aspetos técnicos e clínicos, mas também as dimensões culturais e sociais do cuidado. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger fornece um quadro conceptual essencial para compreender como as práticas de cuidado devem ser adaptadas às especificidades culturais das utentes, promovendo resultados mais eficazes e humanizados.

No âmbito do ENP, a mestranda teve oportunidade de integrar diferentes contextos clínicos, o que possibilitou a aplicação e o desenvolvimento progressivo das competências comuns e específicas. Estas competências configuram a identidade profissional do EEESMO e são determinantes para assegurar uma prática assistencial diferenciada, humanizada e centrada na mulher, no RN e na família.

Neste subcapítulo serão descritas, de forma estruturada, fundamentada e reflexiva, as atividades realizadas pela mestranda ao longo do seu percurso formativo, evidenciando o modo como estas contribuíram para a consolidação das competências específicas do EEESMO. Todo o processo foi orientado por uma reflexão crítica contínua e por um compromisso com a

melhoria da qualidade dos cuidados, tendo como foco central a promoção da saúde da mulher ao longo de todo o seu ciclo de vida.

Competência 1: “Cuida a mulher inserida na família e 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.” (OE, 2019b, p13561)

Atividades/Reflexão: A atuação do EEESMO no domínio da saúde sexual, do planeamento familiar e do período pré-concepcional revela-se essencial na promoção de cuidados informados, preventivos e centrados na mulher e no casal. O direito ao Planeamento Familiar [PF] é garantido pela Constituição da República Portuguesa, conforme estabelecido na Lei n.º 3/84 e reforçado pela Lei n.º 120/99. O PF constitui uma componente fundamental dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, permitindo que mulheres e casais decidam, de forma informada e segura, se desejam ter filhos, quando e em que número. Através da prestação de cuidados de saúde, aconselhamento, informação e educação, os serviços de PF contribuem para uma vivência sexual mais gratificante, uma parentalidade mais responsável, a prevenção de gravidezes indesejadas e a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil. Além disso, desempenham um papel relevante na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis [IST], promovendo o bem-estar ao longo de todo o ciclo reprodutivo (Associação para o Planeamento da Família [APF], 2024; DGS, 2008).

Neste contexto, o conceito EpS assume particular importância, ao permitir orientar grávidas e puérperas para estilos de vida saudáveis, adaptando as intervenções à sua realidade individual, familiar e comunitária. A EpS visa promover a autonomia, identificar necessidades através da escuta ativa e incentivar a tomada de consciência e a mudança de comportamentos (Galhanas & Frias, 2023).

Durante o ENP, especialmente nos contextos clínicos da Consulta Externa, do SUOG e do Internamento de Puerpério, a mestranda teve oportunidade de desenvolver e aprofundar esta competência, através de atividades de EpS sobre métodos contraceptivos, retorno à atividade sexual, planeamento de nova gravidez e importância dos rastreios, como os das IST e do Cancro do Colo do Útero [CCU]. No estágio de Consulta Externa, participou na consulta de Patologia do Colo do Útero, onde observou a realização de colposcopias e conizações, refletindo sobre a

importância da vacinação contra o HPV (vírus do papiloma humano) e da realização regular do Rastreio do CCU [RCCU] como estratégia de diagnóstico precoce. Este rastreio, recomendado para todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos, visa a deteção e tratamento precoce de lesões cervicais que possam evoluir para neoplasia. Em Portugal, o cancro do colo do útero é o oitavo mais frequente e também o oitavo com maior número de mortes (Teixeira et al., 2019). A OMS, em 2017, definiu como estratégia global para a sua eliminação três pilares: vacinar 90% das jovens até aos 15 anos contra o HPV; rastrear 70% das mulheres entre os 30 e os 45 anos; e garantir o tratamento rápido e adequado a 90% das mulheres diagnosticadas com lesões pré-invasivas ou cancro invasivo (Pedro et al., 2023). A mestranda identificou, contudo, que muitas mulheres referiram dificuldades em cumprir o esquema vacinal devido ao custo elevado, o que compromete a eficácia das estratégias de prevenção.

No contexto do SUOG, foram acompanhadas situações de gravidez não evolutiva, como abortos espontâneos e incompletos, gravidez ectópica com necessidade de intervenção cirúrgica imediata e IVG, com utentes a recorrerem ao serviço quer para dar início ao processo, quer para verificar a sua eficácia. A dor abdominal e a hemorragia vaginal destacam-se como os sintomas mais frequentes que motivam a ida ao serviço de urgência, estando muitas vezes associados a perdas gestacionais precoces, que ocorrem habitualmente nas primeiras 12 semanas de gravidez. Estas perdas representam cerca de 10% das gestações clinicamente reconhecidas, sendo que aproximadamente 80% acontecem durante o primeiro trimestre (ACOG, 2018b). Perante estas situações, é essencial que os profissionais de saúde, em especial os EEESMO, ofereçam apoio emocional e informação ajustada à realidade de cada mulher e casal, reconhecendo o impacto emocional da perda gestacional e prestando cuidados sensíveis e humanizados (Borelli et al., 2024).

O EEESMO assume, assim, um papel central na conceção e implementação de estratégias de promoção da saúde sexual e reprodutiva, sustentadas numa aprendizagem contínua e atualizada, com o objetivo de garantir a segurança e o bem-estar das mulheres, casais e famílias. Os cuidados prestados devem ser de excelência e culturalmente inclusivos, especialmente face à crescente diversidade de utentes. Torna-se, portanto, essencial que os enfermeiros, enquanto profissionais na linha da frente, estejam preparados para fornecer cuidados culturalmente apropriados a famílias de diferentes origens sociais e culturais. De acordo com Leininger, a enfermagem transcultural visa desenvolver práticas de cuidados universais e específicas, com foco na promoção da saúde e do bem-estar, contribuindo para a satisfação dos utentes e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Shahzad et al., 2021).

Competência 2: “Cuida a mulher inserida na família e 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, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.” (OE, 2019b, p13562)

Atividades/Reflexão: A gravidez é uma experiência única e desafiante, tanto para a mulher como para a sua família, que desempenha um papel fundamental na vivência deste processo. É através da cultura, das crenças e dos costumes familiares que se molda a experiência da maternidade (Lopes et al., 2022). Durante este período, ocorrem alterações fisiológicas, emocionais, sociais e culturais, que variam de mulher para mulher (Frias & Barros, 2022). Estas adaptações geram expectativas, medos e ansiedades, sendo essencial que a grávida compreenda as mudanças que ocorrem, de forma a garantir uma gravidez mais saudável e segura.

O papel do EEESMO é crucial neste período, contribuindo para o aumento da literacia em saúde, com impacto positivo no bem-estar da mulher e na sua capacidade de enfrentar os desafios da gravidez e da maternidade (Lopes et al., 2024b; Cardoso et al., 2023b). Este acompanhamento permite ainda a deteção precoce de complicações, promovendo o desenvolvimento saudável do feto (Lopes et al., 2024b; OE, 2015).

A vigilância pré-natal constitui uma intervenção essencial, com impacto comprovado na redução da morbilidade e mortalidade materna e perinatal (DGS, 2015b). Segundo a WHO (2016), o acompanhamento deve ser centrado na mulher, promovendo a saúde, a deteção precoce de complicações e o apoio contínuo à mulher e à família. O esquema de vigilância depende da presença ou ausência de patologia, sendo que a não identificação de fatores de risco permite classificar a gravidez como de baixo risco (DGS, 2015b). A Norma 001/2023 da DGS reforça que o risco gestacional é dinâmico e deve ser avaliado em todas as consultas. A sua avaliação baseia-se na história clínica e nos resultados laboratoriais e imagiológicos, sendo o nível de risco determinado pela escala de Goodwin modificada (Anexo C) (DGS, 2015b; DGS, 2023a).

Em Portugal, a vigilância de uma gravidez de baixo risco é realizada no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, com base nas orientações do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Este programa fornece diretrizes que orientam os EEESMO na prestação de cuidados adequados e personalizados à grávida e à sua família. Perante uma gravidez considerada de risco, o acompanhamento deve ser assegurado pelas

Unidades Hospitalares. É fundamental evitar a vigilância simultânea em diferentes unidades de forma a prevenir a duplicação de intervenções clínicas, garantir a coerência das orientações e assegurar a responsabilização das equipas envolvidas (DGS, 2023a).

Durante o ENP, a mestranda teve oportunidade de aplicar e desenvolver esta competência, especialmente nas Consultas Externas da Unidade Hospitalar F, onde se realizava o acompanhamento especializado de grávidas com risco acrescido. Neste contexto, acompanhou mulheres com diversas condições clínicas, como diabetes *mellitus* (crónica e gestacional), doenças hipertensivas, cardíacas, autoimunes, hematológicas e psiquiátricas, bem como situações de consumo de substâncias aditivas e gravidezes resultantes de técnicas de procriação medicamente assistida.

Na consulta de DPN, o rastreio combinado do primeiro trimestre é disponibilizado à maioria das grávidas no SNS, sendo o diagnóstico pré-natal acessível às que reúnem critérios específicos, conforme o Despacho n.º 5411/97. Estes critérios incluem idade materna superior a 35 anos, antecedentes familiares de cromossomopatias, suspeita de anomalia fetal, alterações nos marcadores do rastreio, risco elevado de doença genética ou de efeito teratogénico (Miragaia et al., 2020). Neste contexto, a mestranda realizou diversos rastreios combinados e colheu amostras de sangue materno para pesquisa de *Deoxyribonucleic Acid* fetal livre (*cell-free DNA*), uma técnica não invasiva com elevada sensibilidade para deteção das trissomias 13, 18 e 21 (Palomaki et al., 2024). Participou também na realização de uma amniocentese a uma grávida de 38 anos, com 17 semanas de gestação, que optou por este procedimento após esclarecimento dos riscos associados à idade materna avançada. Segundo Glick et al. (2021), uma gravidez após os 35 anos está associada a maior risco de anomalias cromossómicas, parto prematuro, aborto espontâneo, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrições de crescimento fetal, baixo índice de Apgar e maior necessidade de internamento neonatal.

Importa salientar que cada mulher percebe os cuidados de saúde de forma distinta, influenciada pelo seu contexto e vulnerabilidades. Por isso, é essencial centrar o cuidado na mulher, promovendo o seu empoderamento através de uma abordagem holística que considere os aspetos biológicos, psicossociais, espirituais e familiares (Hudon et al., 2023). Durante as consultas de MMF e DPN, a mestranda adotou uma postura que favoreceu o envolvimento da pessoa significativa, abordando temas como estilos de vida saudáveis, sinais de alerta, estratégias de alívio dos desconfortos da gravidez, periodicidade das consultas e exames, plano de parto, identificação de desvios à gravidez fisiológica e referenciação adequada.

Adicionalmente, foram transmitidas informações sobre recursos disponíveis na comunidade, como os PPPP e o cantinho da amamentação na ULS. Em todas as situações de assistência, a compreensão cultural e a comunicação interpessoal revelaram-se pilares fundamentais. Em 2024, das 13.776 utentes acompanhadas nas consultas de DPN e MMF, 34,8% eram de nacionalidade estrangeira, destacando-se as nacionalidades brasileira (38%), nepalesa (10%) e indiana (9%).

Esta realidade multicultural reforça a necessidade de aplicar os pressupostos da Teoria de Leininger, nomeadamente os três modos de ação e decisão culturalmente congruentes: preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, acomodação e/ou negociação do cuidado cultural e reestruturação do cuidado cultural. Durante as consultas, observou-se a aplicação destes princípios quando se respeitou o uso de vestuário tradicional das grávidas migrantes (preservação), adaptou-se os horários de consulta para práticas religiosas (acomodação) e promoveram-se mudanças em práticas potencialmente prejudiciais através da EpS (reestruturação). Contudo, estes dados empíricos também evidenciam desafios significativos na aplicação dos cuidados culturalmente congruentes, particularmente devido a barreiras linguísticas e limitações de recursos que nem sempre permitem uma comunicação eficaz e culturalmente sensível.

A comunicação eficaz é um elemento central na prestação de cuidados de saúde seguros e humanizados. A sua falha está associada a um aumento significativo de riscos, especialmente em contextos multiculturais, onde a diversidade linguística e cultural pode dificultar a compreensão mútua. Por isso, os enfermeiros que atuam nestes contextos devem desenvolver competências em comunicação transcultural e competência cultural, com o objetivo de prestar cuidados eficazes e ajustados às necessidades fisiológicas, emocionais e culturais das pessoas (Larsen et al., 2021). De acordo com Leininger, os cuidados culturalmente sensíveis só são possíveis quando os profissionais conhecem e respeitam as tradições, práticas e valores culturais das pessoas que acompanham (Leininger & McFarland, 2006).

No decorrer das consultas a famílias de nacionalidade estrangeira, especialmente oriundas do Indostão, foi necessário recorrer a diversas estratégias de comunicação para garantir a transmissão eficaz de informações sobre a vivência de uma gravidez saudável e a prevenção de complicações. Entre os recursos utilizados destacaram-se a linguagem gestual, ferramentas de tradução digital, como o Google Tradutor, e, em muitos casos, o apoio dos próprios maridos, que apresentavam um nível básico de inglês.

A dependência de ferramentas de tradução digital e interpretação pelos cônjuges, embora pragmática, levanta questões importantes sobre a confidencialidade e precisão da informação transmitida. Esta realidade prática contrasta com os pressupostos teóricos de Leininger sobre cuidados culturalmente congruentes, evidenciando limitações do sistema de saúde na disponibilização de intérpretes qualificados. Observou-se que esta situação pode comprometer a autonomia das mulheres na tomada de decisão informada, particularmente em culturas onde existe desigualdade de género, conforme descrito na literatura sobre comunicação intercultural em saúde.

No contexto clínico do Internamento de Grávidas, a mestranda prestou cuidados supervisionados a mulheres com diversas patologias, como ameaça de parto pré-termo, restrição de crescimento intrauterino, alterações do líquido amniótico, rutura prematura de membranas, hemorragias do segundo e terceiro trimestre, hipertensão arterial (crónica, gestacional ou associada a pré-eclâmpsia/eclâmpsia), diabetes gestacional e doença coronária. Destaca-se o caso de uma grávida de 35 anos, com 28 semanas, que apresentou um quadro compatível com Acidente Vascular Cerebral [AVC] isquémico, exigindo articulação com uma equipa multidisciplinar para garantir cuidados integrados, incluindo fisioterapia, com vista à promoção da autonomia.

Também foram prestados cuidados a mulheres em situação de abortamento, incluindo dois casos de Interrupção Médica da Gravidez [IMG] após diagnóstico de malformação fetal, tendo a mestranda elaborado um relato de caso sobre um deles. Estas situações enquadram-se na Lei n.º 16/2007, que estabelece a legalidade da IMG sempre que existam

“seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”. (Artigo 142.º, p2417).

A experiência com casos de IMG revelou a complexidade ética e emocional inerente a estas situações, confrontando os pressupostos de Leininger sobre cuidados culturalmente sensíveis com a realidade prática. Observou-se que diferentes culturas têm perceções distintas sobre a perda gestacional e as decisões reprodutivas, exigindo do EEESMO competências transculturais específicas para apoiar adequadamente estas famílias. Esta experiência evidenciou a necessidade de adaptar as intervenções de apoio psicológico às especificidades culturais, aplicando os princípios de acomodação cultural de Leininger para respeitar crenças religiosas e valores familiares distintos.

Perante estas situações, os EEESMO devem implementar estratégias que promovam o bem-estar físico, psicológico e social das mulheres, minimizando o impacto da perda gestacional. O luto perinatal representa uma carga emocional significativa, frequentemente marcada por sentimentos de culpa, tristeza, ansiedade e isolamento (Silva et al., 2023b).

Durante este contexto clínico, a mestranda aplicou intervenções para prevenir complicações materno-fetais, como a administração de tocolíticos, terapêutica anti-hipertensiva em casos de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, corticóides para maturação pulmonar fetal e terapêutica para neuroprotecção, assegurando sempre uma monitorização continua da saúde materno-fetal. Além disso, ainda pode praticar exames pré-natais, tais como as Manobras de Leopold para avaliação da estática fetal, a auscultação cardíaca fetal com doppler, o registo e a interpretação cardiotocográfica e o toque vaginal. A existência de protocolos institucionais facilitou a integração e aprendizagem no serviço.

No SUOG, a mestranda teve oportunidade de observar e apoiar a equipa médica na realização de uma Versão Cefálica Externa [VCE], técnica recomendada por entidades como a ACOG, Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF] e DGS, que visa alterar a apresentação fetal para cefálica, reduzindo os riscos associados ao parto pélvico e à cesariana (Cruz et al., 2023; Clode et al., 2021). A VCE está indicada a partir das 36 semanas, desde que não existam contraindicações, e requer consentimento informado assinado. O EEESMO é responsável pela monitorização do bem-estar materno e fetal durante todo procedimento. A manobra observada pela mestranda não foi bem-sucedida, tendo sido realizadas três tentativas.

No decorrer no ENP, a mestranda realizou 377 exames pré-natais e foram vigiadas 344 gravidezes consideradas de risco (Apêndice L).

Competência 3: “Cuida a mulher inserida na família e 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 sua adaptação à vida extrauterina.” (OE, 2019b, p13562)

Atividades/Reflexão: O TP é um processo fisiológico que marca o término da gravidez e, na ausência de complicações, decorre espontaneamente entre as 37 e as 42 semanas, com início e evolução naturais, sem intervenções desnecessárias, assegurando o bem-estar materno e fetal (WHO, 2018a). Para além da sua dimensão biológica, o TP constitui uma experiência profundamente transformadora e emocionalmente significativa, promovendo o empoderamento

da mulher. A atuação dos profissionais de saúde, em particular dos EEESMO, é determinante para garantir a segurança e a humanização do processo, influenciando positivamente a percepção da mulher sobre a sua capacidade de parir (Cardoso et al., 2023a).

Neste contexto, os pressupostos da Teoria de Leininger assumem particular relevância, pois o TP constitui um evento culturalmente significativo, onde crenças, valores e práticas tradicionais moldam profundamente a experiência das mulheres. A aplicação dos três modos de ação e decisão culturalmente congruentes torna-se essencial: a preservação de práticas culturais benéficas (como posições de parto tradicionalmente utilizadas), a acomodação de necessidades específicas (adaptação de rotinas hospitalares a práticas e elementos religiosos) e a reestruturação cuidadosa de comportamentos potencialmente prejudiciais (através de uma educação culturalmente sensível).

Segundo a WHO (2018a), a presença de um profissional qualificado que promova um ambiente de respeito, segurança e apoio contínuo está associada à melhoria dos resultados maternos e neonatais, bem como à valorização da experiência do parto. O TP é caracterizado por contrações uterinas que promovem a dilatação e apagamento do colo do útero, culminando na expulsão do feto e da placenta. Este processo divide-se em três estádios: o primeiro estágio inicia-se com o início do TP e termina com a dilatação cervical completa; o segundo decorre entre a dilatação completa e a expulsão do feto; e o terceiro corresponde ao período entre a saída do feto e a expulsão da placenta. A identificação precisa da fase em que a mulher se encontra, aliada a um suporte adequado e vigilância contínua, contribui para evitar intervenções desnecessárias e melhorar os desfechos maternos e fetais (Hutchison et al., 2025; ACOG, 2024; DGS, 2023b).

O primeiro estágio subdivide-se em fase latente e fase ativa. A fase latente corresponde ao início das contrações regulares e à dilatação cervical até cinco centímetros (DGS, 2023b), podendo estender-se até seis centímetros segundo novas recomendações da ACOG (2024). Esta fase pode durar até 20 horas em nulíparas e até 14 horas em múltíparas. A fase ativa caracteriza-se por uma dilatação mais rápida, entre um a dois centímetros por hora, sendo mais acelerada nas múltíparas. O exame vaginal deve ser realizado a cada quatro horas, salvo indicação clínica para avaliação mais precoce, como CTG não tranquilizador ou vontade de iniciar esforços expulsivos (DGS, 2023b). Considera-se TP estacionário quando, na fase ativa e após rutura espontânea ou amniotomia, não se verifica progressão da dilatação cervical num período de quatro horas com contrações eficazes ou seis horas com contrações inadequadas (Hutchison et al., 2025).

O segundo estágio também se divide em duas fases: a fase latente, entre a dilatação completa e o início dos esforços expulsivos, e a fase ativa, entre o início dos esforços e a expulsão do feto. Durante a fase latente, o exame vaginal deve ser realizado a cada duas horas, exceto se houver indicação clínica para avaliação antecipada. A ausência de progressão da apresentação ou de vontade de iniciar esforços após três horas em nulíparas e duas horas em múltiparas deve ser comunicada à equipa médica. Na fase ativa, o exame vaginal é feito a cada 30 minutos, respeitando a posição escolhida pela parturiente. A não descida da apresentação ou esforços expulsivos superiores a 60 minutos devem igualmente ser reportados (DGS, 2023b). Embora não seja oficialmente reconhecido, alguns autores, como Nenê et al. (2016), consideram o período de *Greenberg* como um quarto estágio do TP, correspondente às primeiras horas do pós-parto, desde a expulsão da placenta até cerca de duas horas após o parto, não existindo consenso na literatura quanto à sua duração (Hutchison et al., 2025).

Ao longo de todos os estágios do TP, a atuação do EEESMO é essencial para garantir uma experiência de parto segura, humanizada e centrada na mulher e na família. Esta atuação deve integrar competências específicas, ajustadas às necessidades fisiológicas, emocionais e sociais da parturiente. Com este objetivo, enquanto mestranda procurei desenvolver e aprofundar tais competências durante o ENP, tanto no BP como no posto de Admissão. Neste último, acompanhei mulheres em diferentes fases do TP, que, consoante a avaliação, poderiam ser encaminhadas para o domicílio, Internamento de Grávidas ou BP.

A todas as mulheres em TP é realizada uma anamnese detalhada, recolhendo dados como idade materna, história obstétrica, grupo sanguíneo, alergias, antecedentes pessoais e cirúrgicos, terapêutica habitual, resultados analíticos recentes e sintomas atuais, tais como hemorragias, contratilidade, perdas de líquido, diminuição da perceção dos movimentos fetais, entre outros. Segue-se a monitorização do bem-estar materno-fetal, através da avaliação dos parâmetros vitais e do CTG, por um período mínimo de 20 minutos. Quando necessário, e com consentimento informado, procede-se à colheita de sangue e à colocação de um cateter venoso periférico. Dependendo das queixas e com autorização da grávida, pode ser realizada cervicometria, permitindo à mestranda desenvolver competências na avaliação do colo do útero (apagamento, dilatação, consistência e posição). Durante o acolhimento, são ainda abordados temas como a participação em PPPP, existência de Plano de Parto, presença de acompanhante, crenças e expectativas face ao TP, bem como experiências anteriores de gravidez e parto.

Durante o processo de admissão, observou-se que a abordagem às "crenças e expectativas face ao TP" nem sempre foi adequadamente aprofundada, particularmente junto de parturientes

de diferentes origens culturais. Esta lacuna contrasta com os pressupostos de Leininger, que enfatiza a necessidade de compreender os valores culturais que moldam a experiência do parto. A diversidade cultural das parturientes exigia uma avaliação mais sistemática das suas necessidades culturais específicas, incluindo práticas alimentares durante o TP, preferências sobre a presença de familiares, rituais pós-parto e concepções sobre dor e controlo durante o nascimento.

O encaminhamento das grávidas após a admissão varia consoante a Unidade onde decorre o ENP. Na Unidade F, as grávidas em fase latente do TP podem ter alta para o domicílio, desde que se confirme o bem-estar materno-fetal e a integridade da bolsa amniótica. Caso algum destes critérios não se verifique, são encaminhadas para o Internamento de Grávidas. Já as grávidas em fase ativa são direcionadas diretamente para a Sala de Partos. Na Unidade P, todas as grávidas, independentemente da fase do TP, são encaminhadas para a Sala de Partos.

Em ambas as unidades, são implementadas medidas não farmacológicas que visam promover o conforto, o bem-estar e o controlo da dor da parturiente, respeitando a fisiologia do parto e valorizando o protagonismo da mulher. Entre estas estratégias destacam-se: mobilização ativa, adoção de posições verticais facilitadoras da progressão do TP, técnicas de respiração, exercícios com bolas de nascimento, massagens (com possível envolvimento do acompanhante), musicoterapia e banho morno, sendo que ambas as unidades dispõem de chuveiro para este fim. Estas medidas contribuem para uma experiência de parto mais positiva e centrada na mulher (WHO, 2018a).

A diferença de abordagens entre as duas unidades evidencia como os contextos organizacionais podem influenciar a aplicação dos princípios de cuidados culturalmente congruentes. Enquanto a Unidade F permitia maior flexibilidade na gestão da fase latente, a Unidade P adota uma abordagem mais uniformizada. Esta variação organizacional demonstra a importância do que Leininger denomina de "fatores estruturais sociais" na disponibilização de cuidados culturalmente sensíveis, destacando como as políticas institucionais podem facilitar ou limitar a personalização dos cuidados.

A partir da fase ativa do TP, a evolução é registada no partograma vigente nas instituições (Anexo D e E), instrumento clínico partilhado por toda a equipa multidisciplinar, que permite uma monitorização contínua e sistematizada dos cuidados. A OMS recomenda o uso do partograma como ferramenta essencial para acompanhar o TP e identificar precocemente alterações no bem-estar materno-fetal. Este registo gráfico inclui parâmetros como a dilatação cervical, a descida da apresentação fetal, segundo os Planos de Lee, a FCF, as contrações

uterinas, os sinais vitais maternos, entre outras variáveis, sendo um instrumento prático e de baixo custo (Sara & Lack, 2022; Ningrum et al., 2019). O seu preenchimento deve ser realizado ao longo do TP por todos os elementos da equipa, incluindo os EEESMO. Perante sinais de alerta, como desacelerações, bradicardias, líquido amniótico meconial ou TP estacionário, é fundamental que os EEESMO comuniquem de imediato com a equipa médica (Graça, 2017; DGS, 2023b).

O nascimento de um filho representa um marco único na vida de um casal, sendo o parto o culminar desse processo, que envolve não apenas aspetos físicos, mas também emocionais, psicológicos, sociais e culturais. Durante a gravidez, é comum a formação de expectativas sobre o parto, sendo o acesso à informação e o apoio prestado pelos EEESMO determinantes para preparar a mulher e a família, contribuindo para uma vivência mais positiva do TP (Galhanas & Frias, 2024a).

Neste contexto, destaca-se a importância de uma comunicação eficaz entre os EEESMO e a parturiente/família, utilizando linguagem clara, empática e culturalmente sensível. Esta abordagem favorece a expressão de emoções, expectativas e dúvidas, melhora a adesão aos cuidados e reduz a ansiedade (Cardoso et al., 2023a). Desde o primeiro contacto, a mestranda apresentou-se como estudante, assegurando sempre a obtenção do consentimento informado e voluntário da parturiente e do seu acompanhante para a sua participação na prestação de cuidados.

Na admissão à Sala de Partos, foi promovido um ambiente seguro e acolhedor, com explicação do espaço físico e possibilidade de ajustar a luminosidade e temperatura segundo a preferência da parturiente. Estavam também disponíveis, se desejado, recursos como musicoterapia e aromaterapia, contribuindo para o seu conforto e bem-estar.

Nesta fase, é questionada à parturiente a existência de um Plano de Parto previamente elaborado, sendo os seus pontos discutidos de forma clara e respeitosa, com vista à prestação de cuidados personalizados, centrados na mulher e ajustados às suas necessidades físicas, emocionais e culturais.

A gravidez, sendo um processo fisiológico, pode ser influenciada por diversas variáveis que afetam negativamente a vivência do parto, destacando-se a dor e o medo. O receio do parto é transversal a muitas mulheres, independentemente da paridade, e pode interferir na evolução do TP, ao potenciar emoções como ansiedade, stress e tensão, que amplificam a perceção da dor e prolongam as fases iniciais do TP (Afonso et al., 2024). A dor do TP, de natureza complexa e emocional, simboliza o nascimento de uma nova vida e varia significativamente

entre mulheres, sendo que níveis elevados de dor estão associados a maior risco de complicações (Mira et al., 2021).

O controlo da dor é essencial para o bem-estar da parturiente e preditivo da sua satisfação, permitindo-lhe vivenciar o momento de forma mais tranquila. Para tal, são utilizados diversos métodos, com destaque para os não farmacológicos já descritos anteriormente. Na Unidade P, está disponível a técnica TENS (*Transcutaneous Nerve Electrostimulation*), que consiste na aplicação de impulsos elétricos de baixa voltagem na região lombar, com o objetivo de reduzir a perceção dolorosa das contrações. Estudos demonstram que a TENS é eficaz como estratégia não farmacológica para o alívio da dor durante o TP, sem efeitos adversos significativos (Reis et al., 2022)

Entre os métodos farmacológicos, destacam-se a analgesia inalatória com óxido nítrico (exclusiva da Unidade P), a analgesia com opióides e a analgesia epidural. A escolha do método deve respeitar a preferência da mulher, sendo a epidural uma das opções mais procuradas. A mestranda colaborou com o médico anestesiológista na colocação de cateteres epidurais e na administração de terapêutica opióide prescrita. Na Unidade F, observou-se uma mudança significativa na abordagem ao alívio da dor, com maior investimento na técnica de *Walking Epidural*, que permite analgesia eficaz sem comprometer a mobilidade da parturiente. Esta técnica está associada a menores taxas de retenção urinária, redução de partos instrumentados e maior probabilidade de parto vaginal, ao favorecer a adoção de posições verticais e a deambulação (Verastegui-Martín et al., 2023). Adicionalmente, a Unidade F implementou o sistema de PCA (*Patient-Controlled Analgesia*), permitindo à mulher gerir autonomamente a sua dor, promovendo o seu envolvimento ativo no processo de parto.

Na Unidade P, não se verificou o mesmo grau de incentivo à *Walking Epidural*, nem a implementação do sistema PCA, o que resultou numa maior permanência das mulheres no leito. Esta diferença organizacional ilustra como os "fatores estruturais sociais" identificados por Leininger podem limitar a aplicação de cuidados culturalmente congruentes. A restrição da mobilidade durante o TP pode entrar em conflito com práticas culturais de algumas comunidades, onde as posições verticais e a movimentação livre são valorizadas como elementos essenciais do processo de nascimento. Ainda assim, a equipa de enfermagem demonstrava preocupação em promover a alternância de decúbitos, respeitando a fisiologia do parto e procurando garantir conforto dentro das limitações existentes, evidenciando tentativas de acomodação cultural dentro das possibilidades institucionais.

Relativamente à amniotomia, foram seguidas as recomendações da OMS, que desaconselham a sua realização de forma rotineira em TP espontâneo e com evolução normal (WHO, 2018a; DGS, 2023b; NICE, 2023). Esta intervenção, por ser irreversível, deve ser cuidadosamente ponderada e realizada apenas quando clinicamente indicada, como na avaliação do líquido amniótico, necessidade de monitorização interna ou promoção da progressão do TP, garantindo sempre o consentimento informado da grávida (OE, 2015).

Durante a vigilância do TP, a mestranda desenvolveu competências na avaliação da bacia materna em relação à posição fetal, permitindo identificar variedades posteriores e assinclitismos, o que contribuiu para a compreensão de queixas referidas pelas parturientes e para a identificação de causas associadas a partos distócicos.

A técnica de assistência ao parto foi sendo aperfeiçoada, promovendo o instinto natural de fazer força e incentivando a adoção de diferentes posições no período expulsivo, sempre respeitando a escolha da mulher. Este processo decorreu num ambiente de confiança e segurança, favorecendo a proteção do períneo e a assistência ao nascimento. A WHO (2018a), recomenda técnicas como compressas quentes, massagem perineal e proteção manual do períneo para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo. A Lei n.º 33/2025, de 31 de março, publicada em DR, a 31 de março de 2025, o artigo 8º diz respeito à erradicação da episiotomia de rotina, afirmando que “a realização de episiotomias de rotina (..) não justificadas” são sujeitas a “penalizações no financiamento e sanções pecuniárias a aplicar aos hospitais, sempre que desrespeitem as recomendações da Organização Mundial de Saúde e os parâmetros definidos pela Direção-Geral da Saúde” e a “inquéritos disciplinar aos profissionais de saúde”. Esta legislação reforça a importância de práticas baseadas na evidência e culturalmente sensíveis, alinhando-se com os pressupostos de Leininger sobre a reestruturação de práticas profissionais que podem não respeitar as necessidades e preferências individuais das mulheres. Nas poucas situações em que a mestranda participou na realização de episiotomia, esta foi sempre precedida de consentimento verbal e apoio dos supervisores clínicos. As lacerações observadas foram apenas de primeiro e segundo grau.

Foi privilegiado o corte tardio do cordão umbilical, entre um a três minutos após o parto, por permitir o aumento dos níveis de hemoglobina e das reservas de ferro nos primeiros meses de vida do RN (ACOG, 2020b). Sempre que possível, incentivou-se a participação do acompanhante neste momento, promovendo o vínculo da tríade. Nas situações em que a parturiente apresentava Kit de Células Estaminais ou fator Rh negativo, a mestranda procedeu à colheita de sangue do cordão umbilical. Esta colheita é fundamental para prevenir a Doença

Hemolítica do RN, causada pela incompatibilidade Rh, que pode levar à produção de anticorpos anti-D maternos com potencial de atravessar a placenta e provocar hemólise fetal. A prevenção passa pela administração de imunoglobulina anti-D até às 28 semanas e, caso o RN seja Rh positivo, uma nova dose nas 72 horas após o parto (Costa et al., 2024; Sarwar & Sridhar, 2025).

As emergências obstétricas correspondem a situações críticas em que a vida da grávida e/ou do feto se encontra em risco, exigindo uma resposta imediata por parte de uma equipa multidisciplinar. A sua resolução requer não apenas conhecimento teórico e competências técnicas apuradas, mas também uma comunicação eficaz e trabalho colaborativo (Campos & Pinto, 2022). Durante o ENP, a mestranda teve oportunidade de experienciar diversas emergências, incluindo distócia de ombros, resolvidas com recurso às manobras de McRoberts e Rubin I, hemorragias intra e pós-parto e circulares cervicais apertadas.

O terceiro estágio do TP, denominado Dequitação, correspondente à expulsão da placenta e produtos da concepção, permitiu à mestranda aprofundar conhecimentos sobre a identificação dos sinais de dequitação, bem como a sua execução técnica e compreensão dos mecanismos envolvidos. A avaliação rigorosa da placenta e membranas foi sistematicamente realizada, com especial atenção à sua integridade, ao local de inserção do cordão umbilical e à presença das duas artérias e uma veia, essenciais para garantir a normalidade anatómica. Após a dequitação, procedeu-se aos cuidados perineais, com observação minuciosa da integridade do canal vaginal. Sempre que identificadas lacerações ou na presença de episiotomia, a técnica de reparação foi realizada sob analgesia epidural ou anestesia local, respeitando os princípios de assepsia. No final do procedimento, foi aplicado gelo tópico para reduzir o edema e promover o conforto no pós-parto (Ribeiro et al., 2024). Este momento foi também aproveitado para realizar ações de EpS, abordando cuidados com a sutura, higiene, prevenção de infeções, controlo da dor e sinais de alerta.

A vinculação com o RN inicia-se ainda durante a gravidez, intensificando-se após o parto, momento sensível para o estabelecimento de uma relação afetiva segura. Foram promovidas práticas recomendadas como o contacto pele-a-pele imediato, o corte tardio do cordão umbilical e a amamentação precoce, elementos fundamentais para a adaptação do RN ao ambiente extrauterino e para o fortalecimento da díade/tríade (Cordeiro et al., 2023). A mestranda desenvolveu competências na avaliação do índice de APGAR, administração de vitamina K e colaboração com o médico pediatra em situações de partos distócicos ou que exigiram reanimação neonatal.

A primeira hora de vida do RN, denominada *Golden Hour*, foi valorizada como um momento privilegiado para o início do aleitamento materno, sempre que desejado pela mãe (Sousa et al., 2024). A participação ativa do pai ou acompanhante foi incentivada, reforçando o vínculo familiar e promovendo uma experiência de parto mais positiva.

A aplicação dos pressupostos da Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Leininger, revelou-se essencial, mas simultaneamente desafiante na prestação de cuidados. Observou-se que, enquanto práticas como o contacto pele-a-pele e a amamentação precoce eram universalmente bem aceites (validando o conceito de "universalidade dos cuidados"), outras intervenções exigiam maior sensibilidade cultural. Por exemplo, algumas mulheres de origem muçulmana expressaram desconforto com o contacto físico com profissionais masculinos, exigindo a aplicação do modo de "acomodação cultural" através da adaptação das rotinas de cuidados. Esta experiência evidenciou que, embora conceptualmente sólida, a teoria de Leininger requer uma aplicação pragmática e contextualizada, que considere não apenas as origens culturais das parturientes, mas também as suas preferências individuais e a dinâmica familiar específica.

No decurso dos contextos clínicos, a mestranda realizou 41 partos eutócicos, incluindo um em apresentação pélvica. Destes, 19 envolveram parturientes de nacionalidade estrangeira, o que representa cerca de 46,3%. Esta experiência prática permitiu validar empiricamente alguns pressupostos teóricos, mas também identificou limitações na aplicação dos cuidados culturalmente congruentes. Entre as 71 participantes, aproximadamente 56,3% eram de nacionalidade estrangeira, proporção superior à verificada nas consultas pré-natais (35,21%). Esta discrepância pode indicar diferenças no acesso aos cuidados ou nas preferências sobre o local de parto entre diferentes grupos culturais, merecendo investigação futura.

Embora as orientações da OE (2015) recomendem que o parto pélvico seja conduzido por um EEESMO apenas em situações de urgência, a especificidade do caso, tratando-se de um nado-morto, foi considerada, pela minha supervisora clínica em conjunto com a equipa médica, como uma oportunidade segura de aprendizagem. Esta decisão permitiu não só o desenvolvimento de competências técnicas e reflexivas, como também constituiu para mim uma experiência formativa significativa, contribuindo para o meu crescimento profissional.

Dos 41 partos realizados, foram aplicadas técnicas de episiotomia e episiorrafia em quatro parturientes, e realizadas 28 perineorrafias. A mestranda colaborou ainda em 30 partos conduzidos por outros profissionais, incluindo dois partos pélvicos e um parto gemelar, e participou na vigilância de 94 mulheres em TP com gravidez considerada de risco. Estes dados

empíricos alinham-se com as recomendações da OMS e da legislação portuguesa recente, confirmando a aplicação de práticas baseadas na evidência. Contudo, a análise reflexiva destes casos revela que nem sempre foi possível aplicar completamente os princípios de Leininger, particularmente no que se refere à "preservação cultural", quando algumas parturientes expressaram preferências por práticas tradicionais que poderiam não ser clinicamente apropriadas. Esta tensão entre respeito cultural e segurança clínica evidencia a complexidade da aplicação prática da teoria transcultural em contextos obstétricos.

Competência 4: “Cuida a mulher inserida na família e 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.” (OE, 2019b, p13563)

Atividades/Reflexão: O nascimento de um filho representa uma etapa de transição significativa no ciclo de vida familiar, implicando novas adaptações e responsabilidades. A vivência da parentalidade inicia-se ainda durante a gravidez, período em que os pais desenvolvem expectativas, idealizam o bebé e projetam um futuro em conjunto (Araújo et al., 2023). No pós-parto, confrontam-se com o bebé real, dando início a um processo de ajustamento progressivo ao novo papel parental e às exigências dos cuidados ao RN. Neste contexto, o EEESMO assume um papel fundamental na capacitação da mulher e da família, através da partilha de conhecimentos e do desenvolvimento de competências, promovendo uma vivência do puerpério mais consciente, informada e segura. Esta atuação contribui para a redução do stress, ansiedade e inseguranças, favorecendo uma adaptação mais tranquila à nova dinâmica familiar (OE, 2021).

O puerpério é definido como o período de recuperação física e psicológica da mulher, com início imediato após o parto e duração de 42 dias, correspondendo às seis semanas pós-parto (DGS, 2015b). Este período subdivide-se em três fases: Puerpério Imediato, que corresponde às primeiras duas horas após a dequitação; Puerpério Precoce, que corresponde à primeira semana; e o Puerpério Tardio, que começa após a primeira semana e termina no final da sexta semana (OE, 2015).

O pós-parto, por vezes também designado como quarto trimestre, é caracterizado por intensas transformações físicas e psicossociais que influenciam diretamente o bem-estar da mulher. Entre os sintomas mais frequentemente referidos destacam-se o cansaço, alterações

perineais, aumento de peso, baixa autoestima, desejo de retomar o estado físico pré-gravídico, ansiedade e insegurança (Fialho et al., 2020; OE, 2015).

Durante o puerpério, o EEESMO deve prestar cuidados que promovam a recuperação física, o equilíbrio emocional e o autocuidado da mulher, contemplando simultaneamente as necessidades da família na adaptação ao novo papel parental. Aplicando os princípios da Teoria de Leininger (2001), é essencial que estes cuidados sejam culturalmente congruentes, respeitando as crenças, valores e práticas de cada família. Para tal, é essencial que o profissional possua competências para avaliar adequadamente a puérpera e o RN, reconhecendo as particularidades deste período e oferecendo cuidados de qualidade (ACOG, 2018c).

No contexto clínico do BP, a mestranda desenvolveu competências específicas na prestação de cuidados à puérpera e ao RN durante o puerpério imediato. Destaca-se a avaliação dos parâmetros vitais da puérpera, a monitorização da contração uterina, incluindo a presença do Globo de Segurança de Pinard, e a avaliação dos lóquios, com especial atenção à quantidade, cor e odor, permitindo aferir eficazmente a perda hemática vaginal (DGS, 2023b). A HPP é uma das principais causas de mortalidade materna a nível mundial, sendo a atonia uterina (tónus) a principal responsável, entre os quatro “T” (tónus, trauma, tecido e trombina). Por isso, reforça-se a importância da vigilância contínua da contratilidade e involução uterina (Moleiro, 2024).

Relativamente ao RN, os cuidados prestados incluíram o exame físico, observação da coloração da pele e características morfológicas, avaliação dos reflexos primitivos, observação do vínculo da díade/tríade e avaliação da primeira mamada, com atenção à pega correta e aos reflexos de sucção e deglutição. Esta observação permite identificar precocemente desvios de saúde que possam justificar intervenção imediata ou encaminhamento para Neonatologia/Pediatria (DGS, 2023b). O EEESMO possui competências para fornecer informações claras sobre os benefícios da amamentação e as técnicas adequadas, os cuidados ao RN e os sinais de alerta (Paulo et al., 2025).

Antes da transferência da puérpera e do RN para o Serviço de Internamento, é essencial validar a contratilidade uterina, avaliar a perda hemática vaginal, o períneo, a integridade da pele e das mamas, a ocorrência de micção espontânea e a adaptação do RN ao meio extrauterino (DGS, 2023b).

Em contexto de internamento, como no Serviço de Puerpério, é fundamental estabelecer prioridades nos cuidados, dado o tempo limitado de permanência. A compreensão das expectativas culturais da mulher e da família é essencial para uma adaptação eficaz ao pós-

parto. Segundo Leininger (2001), conhecer os valores, crenças e práticas culturais permite oferecer cuidados culturalmente congruentes, promovendo uma recuperação mais eficaz e uma transição positiva para a parentalidade.

Neste contexto, a mestranda aprofundou competências na avaliação global da puérpera, incluindo o estado psicológico, observação da pele e mucosas, alterações mamárias, processo de amamentação, involução uterina, características dos lóquios, inspeção do canal de parto e avaliação de traumas perineais. Foram também assegurados cuidados à ferida cirúrgica, identificação e tratamento de hemorroidas, alterações na eliminação vesical e intestinal, e monitorização dos sinais vitais, com especial atenção à dor, fator que pode comprometer o autocuidado, os cuidados ao RN e aumentar o risco de depressão pós-parto (Brito et al., 2021).

Foram ainda prestados cuidados especializados a puérperas e RN com patologia associada, sendo referenciadas situações que ultrapassam a área de atuação. A mestranda realizou uma avaliação atenta da dinâmica familiar e do contexto social, identificando necessidades específicas e promovendo intervenções ajustadas ao bem-estar materno e familiar. Segundo a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger (2001), esta avaliação deve incorporar sempre a dimensão cultural, reconhecendo que as práticas de cuidado pós-parto variam entre diferentes grupos culturais e que a eficácia dos cuidados depende da sua congruência cultural.

No início do puerpério precoce, foram realizadas atividades de EpS, abordando temas fundamentais para a capacitação dos pais nos cuidados ao RN. Entre os conteúdos abordados destacaram-se os cuidados com o banho, o coto umbilical, a mudança da fralda e o transporte seguro do RN. Foram também discutidos aspetos relacionados com a saúde materna, como a importância da consulta de seguimento às seis semanas, os diferentes métodos contraceptivos, o retorno à atividade física e sexual, o controlo da dor e os sinais e sintomas de alerta.

Reconhecendo a importância da informação acessível e estruturada para facilitar a transição para a parentalidade e promover o autocuidado materno, a mestranda elaborou um panfleto digital com orientações sobre os cuidados no puerpério, disponível no Serviço de Internamento do Puerpério da Unidade P.

A passagem pela UCIN, ainda que em contexto observacional, permitiu à mestranda conhecer a complexidade dos cuidados prestados a RN de risco, seja por extrema prematuridade (idade gestacional inferior a 28 semanas), seja por patologias como hiperbilirrubinemia, síndrome de dificuldade respiratória ou infeções neonatais. Estas vivências foram profundamente enriquecedoras, reforçando a importância de uma abordagem centrada na família, onde a escuta ativa e a comunicação empática são essenciais. A hospitalização do RN

pode interferir significativamente na transição para a parentalidade, gerando sentimentos de ansiedade, tristeza e frustração. Neste contexto, é fundamental apoiar os pais, promovendo a sua inclusão nos cuidados, de forma a reforçar a confiança e a competência enquanto cuidadores (Araújo et al., 2023).

Para consolidar estas competências, a mestranda prestou cuidados a 166 puérperas, das quais 55 apresentavam risco clínico associado, e a 169 recém-nascidos, dos quais 58 apresentavam risco clínico (Apêndice L). A experiência clínica desenvolvida confirma os pressupostos teóricos de Leininger (2001) sobre a importância dos cuidados culturalmente congruentes. Observou-se que as famílias que receberam cuidados adaptados às suas crenças culturais demonstraram maior adesão às orientações de saúde e melhor adaptação ao período pós-parto.

Competência 5: “Cuida a mulher inserida na família e 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.” (OE, 2019b, p13564)

Atividades/Reflexão: O climatério representa uma fase marcante na vida da mulher, caracterizada por alterações fisiológicas, emocionais e sociais decorrentes do declínio progressivo da função ovárica e do fim da fertilidade. Este período inclui a perimenopausa (fase que antecede a menopausa), a menopausa (cessação definitiva da menstruação por doze meses consecutivos, geralmente entre os 45 e os 55 anos) e a pós-menopausa, que se subdivide em precoce (até seis anos após a última menstruação) e tardia (após esse período). Quando a menopausa ocorre entre os 40 e os 45 anos, é designada por menopausa precoce. (Oliveira et al., 2023; Fatela et al., 2021).

Os sintomas associados ao climatério, como afrontamentos, alterações do sono, instabilidade emocional, secura vaginal e alterações na libido, têm impacto direto na qualidade de vida da mulher, afetando a autoestima, a imagem corporal e o seu papel na família e na sociedade (Oliveira et al., 2023; Galhanas & Frias, 2024b). Neste contexto, o EEESMO desempenha um papel central na promoção da saúde da mulher, prestando cuidados especializados e centrados na pessoa, com vista ao seu bem-estar físico, psicológico e social.

Durante o contexto clínico no SUOG: Admissão, a mestranda acompanhou diversas mulheres na fase do climatério, com ou sem sintomatologia associada. Foram promovidos

momentos de EpS, abordando temas como a fisiologia do climatério, esclarecendo conceitos frequentemente confundidos, estratégias para alívio dos sintomas, sexualidade, exercício físico e alimentação equilibrada. Aplicando os princípios de Leininger (2001), estas sessões foram adaptadas às especificidades culturais de cada mulher, reconhecendo que as perceções sobre a menopausa variam significativamente entre diferentes grupos culturais. Paralelamente, foi prestado suporte emocional, criando um espaço seguro para a expressão de emoções, receios e dúvidas.

As intervenções, realizadas em articulação com a equipa médica, contribuíram para o aumento da literacia em saúde, desconstrução de mitos e tabus associados à menopausa, e promoção do empoderamento da mulher, facilitando uma adaptação saudável a esta nova etapa da vida, sendo que as mulheres que receberam cuidados culturalmente congruentes apresentaram melhor aceitação do período do climatério e maior adesão às estratégias de autocuidado, validando empiricamente os pressupostos teóricos de Leininger (2001).

Competência 6: “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar 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.” (OE, 2019b, p13564)

Atividades/Reflexão: Desde a puberdade até à pós-menopausa, diversas patologias podem afetar significativamente a saúde da mulher, com destaque para as afeções do aparelho geniturinário e da mama. Uma anamnese cuidada e a valorização das queixas da mulher são fundamentais para a deteção precoce de situações de risco, permitindo, sempre que necessário, a referenciação atempada para profissionais especializados, nomeadamente médicos ginecologistas (Fatela et al., 2021). A abordagem holística da mulher, preconizada pela Teoria de Leininger (2001), implica compreender que as manifestações de saúde/doença ginecológica são influenciadas por fatores culturais, sociais e familiares, requerendo cuidados culturalmente congruentes.

Durante o contexto clínico no SUOG: Admissão, a mestranda teve contacto com mulheres com diferentes patologias ginecológicas, entre as quais se destacam infeções urinárias, IST, metrorragias, miomas uterinos, prolapso uterino, gravidez ectópica, suspeita de endometriose, doença inflamatória pélvica, CCU, entre outras. Entre estas, as vulvovaginites revelaram-se particularmente prevalentes, sendo caracterizadas por inflamação, infeção ou desequilíbrio da

flora vaginal. As formas mais comuns incluem a vaginose bacteriana, a candidíase e a tricomoníase (Rosa et al., 2024).

A maioria destas condições requer vigilância clínica, pelo que muitas mulheres permaneciam em SO, onde eram prestados cuidados como monitorização de sinais vitais, estabilização clínica, administração de terapêutica, soroterapia e, em alguns casos, transfusões sanguíneas. Quando o quadro clínico se apresentava estável, era ponderada a alta hospitalar, contudo, perante agravamento ou complicações, procedia-se ao encaminhamento para internamento no Serviço de Ginecologia, podendo ser, em determinadas situações, necessária intervenção cirúrgica.

Estas situações clínicas foram também oportunidades para a realização de sessões de EpS, com o objetivo de capacitar a mulher para a vigilância do seu corpo. Foram abordados temas como a autoexploração mamária, o reconhecimento de sinais de alarme, como corrimento anormal, dor pélvica persistente, irregularidades menstruais, nódulos mamários, bem como a importância da adesão aos rastreios recomendados, nomeadamente o da mama e o RCCU. As sessões educativas foram adaptadas às especificidades culturais de cada mulher, aplicando o modo de acomodação cultural de Leininger, o que resultou numa melhor compreensão e aceitação das orientações fornecidas.

As doenças ginecológicas têm um impacto significativo na saúde reprodutiva da mulher, exigindo conhecimento técnico-científico atualizado para garantir um diagnóstico rigoroso e intervenções adequadas. A prática clínica desenvolvida permitiu constatar que mulheres de diferentes origens culturais manifestavam as suas queixas ginecológicas de forma distinta, confirmando os pressupostos de Leininger (2001) sobre a influência cultural na expressão de sintomas e na procura de cuidados de saúde. A aposta na prevenção e nos programas de rastreio é essencial para reduzir a incidência e a mortalidade associadas a estas patologias, sobretudo no caso das neoplasias, onde a deteção precoce melhora substancialmente o prognóstico e a eficácia terapêutica (Rosa et al., 2024).

Paralelamente, foi dada especial atenção ao envolvimento da pessoa significativa e da família como elementos facilitadores no processo terapêutico e fontes de apoio emocional. Esta abordagem está alinhada com a Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Leininger, nomeadamente com o Modelo *Sunrise*, que reconhece a influência da cultura e dos fatores sociais, como a família, na forma como a pessoa vivencia a saúde, a doença e os cuidados recebidos (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). A experiência prática confirmou este pressuposto teórico, observando-se que mulheres com maior suporte familiar apresentaram

melhor adesão ao tratamento e recuperação mais eficaz, validando empiricamente a relevância do contexto familiar nos cuidados ginecológicos.

No âmbito do desenvolvimento das competências 5 e 6, a mestranda prestou cuidados especializados a 69 mulheres com afeções ginecológicas, em diferentes fases do ciclo reprodutivo, incluindo idade fértil e climatério (Apêndice L).

Competência 7: “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade”

Descritivo: “Cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.” (OE, 2019b, p13565)

Atividades/Reflexão: A promoção da saúde visa capacitar o indivíduo para participar ativamente na melhoria do seu estado de saúde e qualidade de vida. Neste âmbito, o EEESMO assume um papel fundamental no apoio à saúde da mulher ao longo das diferentes etapas do seu ciclo reprodutivo, desde o incentivo à conceção em condições ideais, através da consulta pré-concepcional, ao acompanhamento da gravidez e transição para a parentalidade, por meio das consultas de vigilância pré-natal e da participação em PPPP, até à promoção de uma vivência positiva e informada do climatério (OE, 2021). Esta abordagem longitudinal alinha-se com os pressupostos de Leininger (2001) sobre a necessidade de cuidados holísticos que considerem a mulher como um todo, inserida no seu contexto cultural e familiar.

O papel do EEESMO destaca-se também na implementação de intervenções de EpS, que vão além da mera transmissão de informação, devendo integrar estratégias orientadas para a promoção de mudanças comportamentais, o aumento da adesão aos cuidados de saúde e o reforço do empoderamento da mulher na tomada de decisões sobre a sua saúde (Areia et al., 2024).

Num contexto cada vez mais multicultural, marcado pelo aumento do fluxo migratório, a diversidade étnica das mulheres em idade fértil tem vindo a crescer em Portugal. Em 2023, do total de 1 044 606 cidadãos estrangeiros residentes, 46,95% eram mulheres (AIMA, 2024) o que reforça a importância de desenvolver competências interculturais na prestação de cuidados de saúde. Assim, torna-se essencial que o EEESMO desenvolva competências de mediação intercultural, garantindo cuidados equitativos e culturalmente sensíveis, ajustados às especificidades das mulheres e famílias migrantes.

Durante o ENP, a mestranda prestou cuidados especializados a mulheres de diversas nacionalidades, nomeadamente do Brasil, Índia, Cabo Verde, Ucrânia, Roménia e Bangladesh, sendo necessário adaptar a comunicação face às barreiras linguísticas e culturais. Para assegurar

a eficácia dos cuidados e a compreensão das orientações, foram adotadas estratégias como o uso de linguagem não verbal e ferramentas digitais de tradução. Estas práticas contribuíram para o estabelecimento de relações de confiança e incentivaram os supervisores clínicos a integrar cuidados mais inclusivos na sua prática diária, valorizando a diversidade e promovendo a qualidade do atendimento. A experiência demonstrou que o respeito pelas práticas culturais tradicionais, quando não conflituosas com a segurança clínica, facilitou a construção de relações terapêuticas mais eficazes.

Segundo Leininger (2001), a competência cultural refere-se à capacidade de prestar cuidados que respeitem as diferenças culturais, ajustando-os às necessidades individuais. Esta abordagem promove maior aceitação, adesão e eficácia das intervenções, ao permitir que as pessoas se sintam compreendidas, respeitadas e envolvidas nas decisões que afetam o seu bem-estar. Na prática, este tipo de cuidado aumenta a satisfação dos utentes, reforçando a sua sensação de valorização, especialmente em situações adversas. Contudo, a prestação de cuidados transculturais continua a representar um desafio, devido a limitações políticas e institucionais, conflitos socioculturais entre profissionais e utentes, e à complexidade dos contextos clínicos (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019; Larsen et al., 2021).

O ambiente de trabalho em obstetria caracteriza-se pela sua complexidade e dinamismo, exigindo dos profissionais uma resposta eficaz a situações únicas e desafiadoras. Neste cenário, o papel do supervisor clínico é essencial, contribuindo para a construção de bases sólidas na prática profissional, sustentadas na experiência, na reflexão crítica e no acompanhamento contínuo (Pascoal & Souza, 2021). A dedicação, disponibilidade e rigor das supervisoras ao longo do percurso formativo foram determinantes para o desenvolvimento das competências previstas no plano de estudos e para a concretização dos objetivos de aprendizagem definidos pela mestranda.

A análise reflexiva das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo evidencia que a aquisição das competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas do EEESMO não se limita ao domínio técnico e clínico, mas exige uma compreensão profunda das dimensões culturais, sociais e éticas do cuidado. A aplicação dos pressupostos de Leininger, revelou-se essencial para integrar práticas culturalmente significativas, seja na promoção da saúde pré-concepcional, no acompanhamento da gravidez, no momento do parto, no puerpério ou na transição para o climatério.

Em síntese, o processo de mobilização das competências comuns dos enfermeiros especialistas e específicas do EEESMO, ancorado nos pressupostos teóricos de Leininger,

demonstrou ser não apenas viável, mas essencial para a prestação de cuidados de excelência numa sociedade crescentemente diversificada. A experiência formativa reforça que a competência cultural não constitui um complemento opcional, mas um pilar para a prática contemporânea, com impacto direto na qualidade, segurança, satisfação e humanização dos cuidados prestados às mulheres e famílias.

CONCLUSÃO

O presente relatório assinala a conclusão de um percurso formativo exigente, mas profundamente enriquecedor, desenvolvido ao longo de dois anos no âmbito do MESMO. Este percurso foi estruturado numa sólida componente teórica no primeiro ano, que sustentou a prática clínica desenvolvida no segundo ano, através do ENP.

O relatório apresenta uma análise crítica e reflexiva das aprendizagens realizadas, sustentadas em investigação e evidência científica atual. A mestranda teve oportunidade de desenvolver competências específicas da área de SMO, bem como competências comuns aos enfermeiros especialistas, sempre orientada por princípios éticos, legais e deontológicos, com o objetivo de prestar cuidados de excelência à mulher e à família ao longo do ciclo reprodutivo. Este percurso foi marcado por aprendizagens constantes e experiências únicas, valorizadas como oportunidades de crescimento profissional e de consolidação de uma prática clínica qualificada.

A escolha da temática “Desafios Culturais no Trabalho de Parto: O Papel dos Enfermeiros Obstetras nos Resultados Perinatais” surgiu da observação da crescente diversidade cultural nas unidades de saúde, impulsionada pelo aumento da população migrante. Este contexto revelou a importância de reconhecer como as barreiras linguísticas, as diferenças culturais e a vivência migratória interferem significativamente na comunicação, na relação terapêutica e na qualidade da assistência à mulher em TP.

O trabalho desenvolvido procurou contribuir para a reflexão e melhoria da prática clínica, reforçando o papel do EEESMO como promotor de cuidados centrados na mulher, culturalmente sensíveis e que favoreçam uma tomada de decisão informada.

A aplicação da Teoria da Diversidade e Universalidade dos Cuidados Culturais de Leininger, revelou-se determinante para orientar a prática junto de mulheres migrantes em contexto de TP, materializando-se através dos três modos de ação propostos no Modelo *Sunrise*: preservação, acomodação e reestruturação dos cuidados culturais. Esta abordagem promove um ambiente de cuidado mais humanizado, seguro e ajustado às expectativas e necessidades da mulher. O enfermeiro obstetra, ao integrar conhecimentos sobre saúde transcultural e aplicar estratégias de comunicação eficazes, contribui para melhorar os resultados perinatais e garantir experiências de parto mais positivas.

Apesar da existência de diretrizes nacionais e internacionais que recomendam práticas inclusivas e sensíveis à diversidade cultural, a experiência clínica da mestranda evidenciou desafios persistentes na sua aplicabilidade, nomeadamente a escassez de profissionais com competência cultural e a limitação de recursos de tradução.

Com a finalização deste percurso formativo, conclui-se que os objetivos inicialmente delineados foram plenamente alcançados, reforçando a importância da formação contínua e da prática baseada na evidência como pilares de uma assistência obstétrica humanizada, inclusiva e de excelência. Este percurso revelou-se, simultaneamente, um processo de crescimento pessoal e profissional, fortalecendo o compromisso da mestranda em contribuir ativamente para a promoção de cuidados de saúde mais equitativos, acessíveis e culturalmente congruentes, especialmente no acompanhamento de mulheres em contextos migratórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulle AA, Borrego N, & Lundgren I. (2023). Midwives' experiences of encountering immigrant women during labour and birth who do not master the host country's language. A lifeworld hermeneutic study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(4), 1136–1144. <https://doi.org/10.1111/scs.13187>
- Afonso, S., Galhanas, A., & Frias, A. (2024). Técnicas Não Farmacológicas no Alívio da Dor, Tensão e Ansiedade: Pilates, Hidroterapia, Aromaterapia, Musicoterapia e Massagem. IN *Cuidados Especializados na preparação para o Parto e Parentalidade: Manual para Estudantes e Profissionais de Enfermagem* (1.ª ed., pp. 65–84). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/241218349>
- Agência para a Integração, Migrações e Asilo (AIMA). (2024). *Relatório de Migrações e Asilo 2023*. <https://aima.gov.pt/media/pages/documents/92dd0f02ea-1726562672/rma-2023.pdf>
- Akselsson, A., Small, R., Ternström, E., & Westholm, L. (2022). Midwives' communication with non-Swedish-speaking women giving birth: A survey from a multicultural setting in Sweden. *European Journal of Midwifery*, 6(June), 1–8. <https://doi.org/10.18332/ejm/148159>
- Alto Comissariado para as Migrações (Ed.). (2022). *Guia de Acolhimento para Migrantes*. <https://www.acm.gov.pt/inicio>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018a). ACOG Committee Opinion No. 729: Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131(1), e43–e48. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002459>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018b). *Early Pregnancy Loss*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/11/early-pregnancy-loss>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018c). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), e140–e150. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002633>

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237–e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion Summary, Number 814. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6), 1238–1239. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004168>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144–162. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005447>
- American Psychological Association (Ed.). (2020). *Publication manual of the American psychological association* (7^o edition). American Psychological Association.
- Antón-Solanas, I., Rodríguez-Roca, B., Vanceulebroeck, V., Kömürcü, N., Kalkan, I., Tambo-Lizalde, E., Huércanos-Esparza, I., Casa Nova, A., Hamam-Alcober, N., Coelho, M., Coelho, T., Van Gils, Y., Öz, S. D., Kavala, A., & Subirón-Valera, A. B. (2022). Qualified Nurses' Perceptions of Cultural Competence and Experiences of Caring for Culturally Diverse Patients: A Qualitative Study in Four European Countries. *Nursing Reports*, 12(2), 348–364. <https://doi.org/10.3390/nursrep12020034>
- Araújo, C., Atanásio, I., Custódio, I., & Frias, A. (2023). O parto prematuro e a transição para a parentalidade: uma revisão narrativa. Em *Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto* (1.^a ed., pp. 143–157). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/231014742>
- Araújo, W. C. O. (2020). Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *ConCI: Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 100–134. <https://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- Areia, Á. dos S. F., Martins, H. F., Fernandes, N. A., Reis, R. S. L., & Júnior, I. A. F. da R. (2024). O papel da educação em saúde na prática de enfermagem durante o pré-natal: promovendo a saúde materna e perinatal. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(3), 1150–1163. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i3.13193>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (Eds.). (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
- Arshabayeva, G. A., Kumar, A. B., Yessirkepov, M., Zimba, O., & Kocyigit, B. F. (2024). Advancing Research, Writing, and Publishing in Nursing: Addressing Challenges and

- Improving Standards. *Journal of Korean Medical Science*, 39(38), e297. <https://doi.org/10.3346/jkms.2024.39.e297>
- Assembleia da República. (1979). Lei n.º 56/79, de 15 de setembro: Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República, 1.ª série, n.º 214*, 2357–2363.
- Assembleia da República. (2007). Lei n.º 16/2007, de 17 de abril: Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República, 2.ª série, n.º 75*, 2417–2418. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/16-2007-519464>
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, 1.ª série, n.º 57*, 2127–2131. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Assembleia da República. (2025). Lei n.º 33/2025, de 31 de março: Promove os direitos na gravidez e no parto e altera a Lei n.º 15/2014, de 21 de março. *Diário da República, 1.ª série, n.º 63*.
- Associação para o Planeamento da Família [APF]. (2024). *Métodos Contraceptivos*. <https://apf.pt/informacao-tematica/metodos-contracetivos/>
- Avazeh, M., Shahbazi, S., Borimnejad, L., Babaei, N., & Jabraeili, M. (2025). Barriers to the implementation of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program in neonatal intensive care units and the proposed solutions to improve its implementation: a scoping review. *BMC Pediatrics*, 25(1), 498. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05864-6>
- Aviz, A. L. M. D., Pereira, M. D. C. A. R. S., & Simões, J. F. F. L. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências Significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*, 11(10), e21111032295. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32295>
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S., & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? Uma revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12-22 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.7277>
- Bains, S., Skrånning, S., Sundby, J., Vangen, S., Sørbye, I. K., & Lindskog, B. V. (2021). Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 686. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04131-7>

- Borelli, A., Machado, I., & Piedade, F. (2024). Aborto espontâneo e luto gestacional – Valorizar e gerir: um relato de caso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 40(3), 300–305. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v40i3.13450>
- Brito, A. P. A., Caldeira, C. F., & Salvetti, M. D. G. (2021). Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03691. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019023303691>
- Cai, D., Villanueva, P., Lu, H., Zimmermann, B., & Horsch, A. (2024). What matters to migrant women during labor and birth: Chinese mothers’ experiences in Switzerland. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06271-y>
- Campos, D., & Pinto, L. (2022). *Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal* (1.^a ed.). Lidel.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Mandato 2020-2023.
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, Ú., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023b). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Ordem dos Enfermeiros.
- Clode, N., Afonso, M., Fonseca, A., Pinto, L., & Tavares, S. (2021). External Cephalic Version. *Acta Obstet Ginecol Port*, 15(1), 69–74. https://www.fspog.org/images/editor2/13-norma_spommf_versao_cefalica_externa.pdf
- Costa, C., Mota, S., Amorim, M., Gomes, D., & Lamas, M. C. (2024). Doença Hemolítica no Feto e Recém-nascido provocada por antígenos não-D do sistema Rh: Revisão Sistemática. *Proceedings of Research and Practice in Allied and Environmental Health*, 9 Páginas. <https://doi.org/10.26537/PRPAEH.V2I2.5630>
- Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., Covi, B., Mariani, I., Valente, E. P., Zaigham, M., Vik, E. S., Grylka-Baeschlin, S., Arendt, M., Santos, T., Wandschneider, L., Drglin, Z., Drandić, D., Radetic, J., Rozée, V., Elden, H., Mueller, A. N., Barata, C., ... Lazzerini, M. (2022). Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(S1), 39–53. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14472>

- Cruz, L., Fonseca, A., Santo, S., Pinto, L., & Clode, N. (2023). External cephalic version – what do portuguese obstetricians think? Versão cefálica externa – o que pensam os obstetras em Portugal? *Acta Obstet Ginecol Port*, 17(3), 213–220.
- Dantas, H. L. de L., Costa, C. R. B., Costa, L. de M. C., Lúcio, I. M. L., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 334–345. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
- Direção Geral-Saúde. (2011). *Orientação n.º 008/2011: Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde.*
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 001/2015: Registo de Indicações de Cesariana* (No. Norma: 001/2015). Direção-Geral da Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.* <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Norma n.º 013/2015 – Notícia de Nascimento Digital / Participação de Nascimento.* https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/013_2015_JULHO2015.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030 – Versão Resumo.* : <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-Versao-Resumo-Set-2023.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Norma n.º 001/2023 – Organização dos Cuidados de Saúde na Preconcepção, Gravidez e Puerpério.* https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Orientação n.º 002/2023 - Cuidados de Saúde durante o Trabalho de Parto.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2008). *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar.* https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

- Escola Superior de Enfermagem São João de Deus [ESESJD]. (2023). *Ordem de Serviço n.º 01/2023: Normas para realização de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na ÚESESJD*
- Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., Van Den Muijsenbergh, M., Soltani, H., & the ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLOS ONE*, *15*(2), e0228378. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378>
- Fair, F., Soltani, H., Raben, L., van Streun, Y., Sioti, E., Papadakaki, M., Burke, C., Watson, H., Jokinen, M., Shaw, E., Triantafyllou, E., van den Muijsenbergh, M., & Vivilaki, V. (2021). Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *21*(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03799-1>
- Fatela, A., Neves, A. R., Couto, D., Arteiro, D., Águas, F., Geraldês, F., Ramilo, I., Carvalho, M. J., Caramelo, O., & Gonçalves, S. (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Sociedade Portuguesa Ginecologia. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Fialho, P., Antunes, V., Madeira, C., & Amendoeira, J. (2020). Promoção da Capacidade da Mulher para Gerir o Corpo No Puerpério: Uma Scoping Review. *Revista UIIPS*, *223-237* Pages. <https://doi.org/10.25746/RUIIPS.V8.I1.19894>
- Fiorott, M. A. R., Eller, L. M., Neto, J. S., Coelho, I. B., Scarpati, E. D., Pinheiro, A. S., Silva, I. A. P., Brazuna, R. M. C., Ferreira, A. C., Ragonha, G. F., Lobo, M. M. M., Narduci, J. C., Sá, J. V. D., Miranda, M. D. A., & Alvarenga, J. M. C. D. (2024). Humanized Prenatal Care: Influences On Maternal-Fetal Outcomes. *Health and Society*, *4*(06), 24–34. <https://doi.org/10.51249/hs.v4i06.2297>
- Freitas, C. (2023). Trabalho em equipa na saúde. *Açoriano Oriental*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28716/30_04_2023-21883-p%C3%A1gina-1-geral.pdf
- Frias, A., & Barros, M. (2022). *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal* (1.ª ed.). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/978-65-5360-204-5>

- Frias, A., Ressureição, A., Lobão, A., & Rodrigues, C. (2021). Preparação para o parto: análise de conceito. Em *Processos, Práticas e Recursos* (pp. 25–37). https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/30003/1/capLivro_PPPConceitos.pdf
- Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde. (2023, dezembro 20). Despacho n.º 13056/2023 — Constituição da Comissão para a Promoção do Aleitamento Materno. *Diário da República, 2.ª série, n.º 244*, 272–273. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13056-2023-808130290>
- Galhanas, A., & Frias, A. (2023). Qualidades Pessoais na Relação Terapêutica no Parto e Pós-Parto: Reflexão. Em *Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto* (1.ª ed., pp. 8–18). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/231115098>
- Galhanas, A., & Frias, A. (2024a). Bases Científicas da Preparação para o Parto e Parentalidade. Em *Cuidados Especializados na preparação para o Parto e Parentalidade: Manual para Estudantes e Profissionais de Enfermagem* (1.ª ed., pp. 8–23). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/250118683>
- Galhanas, A., & Frias, A. (2024b). Atuação do Enfermeiro durante o Climatério: Impacto na Qualidade de Vida da Mulher. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 10(1), 109–123. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(01\).658.109-123](https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(01).658.109-123)
- Galli, F., & New, C. J. (2022). Gibbs' cycle review. Emotions as a part of the cycle. *e-Motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 19. <https://doi.org/10.33776/remo.vi19.7224>
- Gallo, A. (2022). Case reports and case series – why publish clinical cases: advantages and limitations. *Medici Oggi*. <https://medicioggi.it/english/case-reports-and-case-series-why-publish-clinical-cases-advantages-and-limitations/>
- Glick, I., Kadish, E., & Rottenstreich, M. (2021). Management of Pregnancy in Women of Advanced Maternal Age: Improving Outcomes for Mother and Baby. *International Journal of Women's Health*, Volume 13, 751–759. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S283216>
- Gonçalves, M., & Matos, M. (2016). Competência Cultural na Intervenção com Imigrantes: Uma Análise Comparativa entre Profissionais da Saúde, da Área Social e Polícias. *Acta Médica Portuguesa*, 29(10), 629–638. <https://doi.org/10.20344/amp.7121>
- Graça, L. M. da. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5.ª ed.). Lidel.

- Hudon, É., Chouinard, M.-C., Ellefsen, É., Beaudin, J., & Hudon, C. (2023). The experience of pregnant women in contexts of vulnerability of prenatal primary nursing care: a descriptive interpretative qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05474-z>
- Hutchison, J., Mahdy, H., Jenkins, S. M., & Hutchison, J. (2025). Normal Labor: Physiology, Evaluation, and Management. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Resultados definitivos: Portugal*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas Demográficas - 2023*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/439488367>
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Diminuição do número de partos - 2024* [Estatísticas dos Partos]. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=733050849&att_display=n&att_download=y
- Isler, C., Maddigan, J., Small, S., Jarvis, K., & Swab, M. (2021). Strategies and interventions that foster clinical leadership among registered nurses: a scoping review protocol. *JBIE Evidence Synthesis*, 19(10), 2839–2846. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00342>
- Keygnaert, I., Ivanova, O., Guieu, A., Van Parys, A.-S., Leye, E., & Roelens, K. (2016). *What is the Evidence on the Reduction of Inequalities in Accessibility and Quality of Maternal Health Care Delivery for Migrants? A Review of the Existing Evidence in the WHO European Region*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK390809/>
- Larsen, R., Mangrio, E., & Persson, K. (2021). Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 32(4), 310–317. <https://doi.org/10.1177/1043659620920693>
- Leal, L. A., Soares, M. I., Silva, B. R. da, Bernardes, A., & Camelo, S. H. H. (2018). Clinical and management skills for hospital nurses: perspective of nursing university students. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1514–1521. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0452>
- Lee, S. A., Corbett, G. A., & McAuliffe, F. M. (2024). Obstetric care for environmental migrants. *Irish Journal of Medical Science*, 193(2), 797–812. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03481-9>

- Leininger, M. (1989). Transcultural Nurse Specialists and Generalists: New Practitioners in Nursing. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(1), 4–16. <https://doi.org/10.1177/104365968900100103>
- Leininger, M. M. (2001). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. Jones & Bartlett Publishers.
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory* (2nd ed). Jones and Bartlett.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lopes, G. C., Maciel, M. da S., & Anjos, A. M. dos. (2024). *Assistência de Enfermagem no Pré-Natal para Saúde da Mãe e do Bebê: Uma Revisão Integrativa*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.14109977>
- Lopes, J. N. D., Pereira, S. C. G. R., Frias, A. M. A., & Barros, M. D. L. F. (2022). Influência Da Cultura No Bem-Estar Materno-Fetal: Uma Revisão Narrativa. Em A. M. A. Frias & M. D. L. F. Barros, *Literacia em saúde para uma gravidez saudável: promoção da saúde no período pré-natal* (1.^a ed., pp. 12–23). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/220609210>
- Lopes, R., António, J., & Góis, P. (2024). *Barómetro da Imigração: a perspetiva dos portugueses* (Fundação Francisco Manuel dos Santos, Ed.). https://www.researchgate.net/publication/387751465_Barometro_da_Imigracao_a_perspetiva_dos_portugueses
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 557-578 Páginas. <https://doi.org/10.34632/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2022.11696>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. D. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto &*

Contexto - Enfermagem, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Parecer n.º 43/2019 – Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2022). *Pronúncia n.º 22/2022 – Ambientes Facilitadores do Trabalho de Parto*.

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, & Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer n.º 39/2018 - Posição da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sobre critérios de utilização do teste de detecção de ADN fetal livre em sangue materno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9989/parecer-n%C2%BA-39_2018.pdf

Ministério da Saúde. (1997). Despacho n.º 5411/97 (2.ª Série), de 6 de agosto: Determina quais os princípios e orientações que devem ser observados na estruturação do sector de diagnóstico pré-natal, entendendo-se por diagnóstico pré-natal o conjunto de procedimentos que são realizados para determinar se um embrião ou feto é portador ou não de uma anomalia congénita. Constitui a Comissão Técnica Nacional que funciona junto da Direcção Geral de Saúde e é integrada por especialistas de reconhecido mérito científico das áreas da genética médica, obstetrícia e ecografia obstétrica. *Diário da República*, 2.º série, n.º 180. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5411-2166701>

Ministério da Saúde. (2008). Despacho n.º 20730/2008, de 7 de agosto: Definição de procedimentos e meios a adoptar, de forma integrada, em todos os estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde no âmbito do controlo e segurança. *Diário da República*, 2º série, nº 152. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/20730-2008-1492325>

Ministério da Saúde. (2013). Despacho n.º 3482/2013, de 5 de março: Cria a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, no âmbito da Direcção-Geral da Saúde. *Diário da República*, 2º série, n.º 45, 8174–8175. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/3482-2013-2711065>

Mira, J. I. R. C., Quito, R. A. B., Campeão, A. F. L. F., Molero, T. S. M., Hipólito, R. A. C., & Frias, A. M. A. (2021). Métodos Não Farmacológicos de Controlo da Dor no Trabalho de Parto: Revisão Narrativa de Literatura. Em A. M. A. Frias & C. C. Agostinho, *A*

- Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida* (1.^a ed., pp. 95–110). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/211006513>
- Miragaia, T. M., Nunes, J. F., Sampaio, A. F., & Correia, S. F. (2020). Testes pré-natais não invasivos para rastreio de aneuploidias: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 36(3), 253–264. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i3.12547>
- Mohamed, R. A., Alhujaily, M., Ahmed, F. A., Nouh, W. G., & Almowafy, A. A. (2024). Nurses' experiences and perspectives regarding evidence-based practice implementation in healthcare context: A qualitative study. *Nursing Open*, 11(1), e2080. <https://doi.org/10.1002/nop2.2080>
- Moleiro, M. L. (2024). Postpartum Hemorrhage: A Continuous Challenge. *Acta Médica Portuguesa*, 37(7–8), 499–500. <https://doi.org/10.20344/amp.21684>
- Montori, V. M., Ruissen, M. M., Hargraves, I. G., Brito, J. P., & Kunneman, M. (2023). Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 28(4), 213–217. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2022-112068>
- Néné, M., Batista, M. A., & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1.^a ed.).
- Neves, P. K. F., Da Silva, E. C. B., & Silva, L. L. S. B. (2024). Os benefícios da presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 16(2). <https://doi.org/10.36692/V16N2-163R>
- NICE. (2023). *Intrapartum care*. www.nice.org.uk/guidance/ng235
- Ningrum, W. M., Wijayanegara, H., & Soepardan, S. (2019). Evaluation of Digital Partograph Application Case Study On Normal Labor by Community Midwife. *Journal of Physics: Conference Series*, 1179(1), 012031. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1179/1/012031>
- Observatório Nacional de Luta Contra a Pobreza. (2024). *Migrações — factos & números*. Observatório nacional de luta contra a pobreza. https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Infografia_Migra%C3%A7%C3%B5es-FactosN%C3%BAmeros_2024.pdf
- Oliveira, C. (2023). *Indicadores de integração de imigrantes: relatório estatístico anual 2023* (1.^a ed.). Observatório das Migrações.

- Oliveira, C. R. (2021). *Indicadores de Integração de Imigrantes* (1.^a ed., Vol. 6). Alto Comissariado para as Migrações.
- Oliveira, L. E. D. A., Lima, V. C. F. D., Silva, A. O. D., Santos, D. Í. F. D., & Padilha, D. D. M. M. (2023). Menopausa e seus efeitos comportamentais: Como proceder? Revisão de literatura. *Research, Society and Development*, 12(1), e12112139479. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39479>
- Oliveira, Z. de N., Barbosa, J. S., & Figueira, S. A. da S. (2021). Métodos Não Farmacológicos no Trabalho de Parto: Percepção de Enfermeiros. *Revista Remecs - Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 114–114. <https://www.revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/766>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento n.º 165/2011, de 8 de março: Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do Dever de Sigilo. *Diário da República*, 2.^o série, n.º 47, 11112–11113. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/165-2011-1979439>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Livro de bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 57/2017 Autonomia no Tratamento ao Utente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_57_AutonomiaTratamentoDoente.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.^o série, n.º 26, 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio: Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 85, 13560–13565. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019c). Regulamento n.º 743/2019 – Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República*, 2.^a série, n.º 184, 128–155. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). *Supervisão Clínica e Pedagógica de Estudantes de Enfermagem* (No. N.º 01/2025). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/38444/pconj_01-2025_acesso-inf-cl%C3%ADnica-no-proc-supervis%C3%A3o-pedag%C3%B3gica-de-estudantes-de-enf.pdf
- Organização Internacional para as Migrações. (2024). Migração e migrantes: Panorama mundial. Em M. McAuliffe & L. Oucho (Eds.), *Relatório mundial sobre migração 2024* (pp. 19–52). <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2022). A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, 1. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.112>
- Palomaki, G., Messerlian, G., & Halliday, J. (2025). *Prenatal screening for common fetal aneuploidies: Cell-free DNA test*. <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-screening-for-common-fetal-aneuploidies-cell-free-dna-test#H530560376>
- Pascoal, M. M., & Souza, V. de. (2021). A Importância do Estágio Supervisionado na Formação do Profissional de Enfermagem. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(6), 536–553. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i6.1408>
- Paulo, A., Amo, G., Galhanas, A., & Frias, A. (2025). Promoção e Implementação da Amamentação. Em *Cuidados Especializados na preparação para o Parto e Parentalidade: Manual para Estudantes e Profissionais de Enfermagem* (1.ª ed., pp. 150–164). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/241218348>
- Pedro, A., Pacheco, A., Sousa, R., Mendinhos, G., Miranda, M., Urzal, C., Monteiro, V., Fraga, T., Pereira Da Silva, D., Paula, T., Oliveira, I., Cabral, J., & Fonseca Moutinho, J. (2023). Orientações de Consenso para a Abordagem dos Resultados Alterados nos Testes de Rastreio do Cancro do Colo do Útero pela SPCPTGI. *Acta Médica Portuguesa*, 36(4), 285–295. <https://doi.org/10.20344/amp.18776>
- Petruschke, I., Ramsauer, B., Borde, T., & David, M. (2016). Differences in the Frequency of Use of Epidural Analgesia between Immigrant Women of Turkish Origin and Non-

- Immigrant Women in Germany – Explanatory Approaches and Conclusions of a Qualitative Study. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 76(09), 972–977. <https://doi.org/10.1055/s-0042-109397>
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. D. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pordata (Ed.). (2024). *Dia Internacional das Migrações*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://www.pordata.pt/sites/default/files/2024-12/pr_barometro_imigracao_vf.pdf
- Presidência do Conselho de Ministros. (2022). Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto: Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. *Diário da República*, 1ª série, n.º 150, 5–52. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- Presidência do Conselho de Ministros. (2023). Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro: Proceda à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. *Diário da República*, 2ª série, n.º 215, 4–20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Ramos, O. M., Oliveira, R. C., Sá, J., Augusto, C., & Gomes, M. J. (2023). Influence of clinical leadership in nursing on the quality and safety of care: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(2). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i2.494>
- Reis, A., & Coutinho, E. (2022). A Interculturalidade no Cuidar a mulher grávida autóctone e migrante. Em J. Amendoeira, *Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da Transdisciplinaridade para a Promoção da Qualidade de Vida* (Centro de Investigação em Qualidade de Vida, pp. 51–60).
- Reis, C. C. S. D., Dias, L. D. C., Carvalho, L. B., Junior, L. B. A., & Imoto, A. M. (2022). Transcutaneous Nerve Electrostimulation (TENS) in Pain Relief During Labor: A Scope Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*, 44(02), 187–193. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1742290>
- Reppen, K., Henriksen, L., Schei, B., Magnussen, E. B., & Infanti, J. J. (2023). Experiences of childbirth care among immigrant and non-immigrant women: a cross-sectional questionnaire study from a hospital in Norway. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 394. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05725-z>

- Rodrigues, A., & Felício, M. M. (2017). *Governança Clínica e Governança de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários*. SNS. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biblioteca/Biblioteca/Governa%C3%A7%C3%A3o%20Clinca%20e%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>
- Romão, A., Resende, M., Fernandes, P., Machado, R., Senhorinho, S., Sousa, L., & Zangão, M. O. B. (2024). Dotações Seguras na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Em *Gestão em Enfermagem Baseada em Evidências: Prática, Procedimentos e Intervenções* (1.^a ed., pp. 71–84). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/240616907>
- Rosa, I., Bartolomeu, N., & Frias, A. (2024). Patologia Ginecológica e Processos Oncológicos do Aparelho Reprodutor. Em *Saúde da Mulher no Climatério: Manual para Estudantes e Profissionais de Enfermagem* (1.^a ed., pp. 117–136). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/240717068>
- Rugumisa, B. (2024). Cultural Influences on Labor and Delivery Practices. Em A. Juusela (Ed.), *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 8). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1007187>
- Sara, P., & Lack, N. (2022). Partogram. Em R. Fernando, P. Sultan, & S. Phillips (Eds.), *Quick Hits in Obstetric Anesthesia* (pp. 185–191). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72487-0_30
- Sarwar, A., & Sridhar, D. C. (2025). Rh Hemolytic Disease. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560488/>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (1a. ed. impressa.). Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Portal da Transparência do SNS*. <https://transparencia.sns.gov.pt/pages/home-page>
- Shahzad, S., Ali, N., Younas, A., & Tayaben, J. L. (2021). Challenges and approaches to transcultural care: An integrative review of nurses' and nursing students' experiences. *Journal of Professional Nursing*, 37(6), 1119–1131. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.10.001>
- Sheikh, J., Allotey, J., Kew, T., Khalil, H., Galadanci, H., Hofmeyr, G. J., Abalos, E., Vogel, J. P., Lavin, T., Souza, J. P., Kaur, I., Ram, U., Betran, A. P., Bohren, M. A., Oladapo, O. T., & Thangaratinam, S. (2024). Vulnerabilities and reparative strategies during


- pregnancy, childbirth, and the postpartum period: moving from rhetoric to action. *eClinicalMedicine*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102264>
- Silva, A., Pires, C., Silva, S., & Frias, A. (2023b). A assistência do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica na vivência da perda gestacional: uma revisão narrativa. Em *Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto* (1.^a ed., pp. 158–174). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/231014651>
- Silva, I. A. B., Vasconcelos, M. I. O., Oliveira, E. N. D., & Souza, R. R. (2024). *Competências Socioemocionais e sua Relação com Ansiedade Social em Estudantes de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.10266>
- Silva, S. M. M., Mazzetto, F. M. C., Siqueira, F. P. C., & Cardoso, C. P. (2023 a). Impacto da Assistência de Enfermagem À Puerpera no Período de Greenberg: Uma Revisão Integrativa. *REVISTA FOCO*, 16(11), e3383. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-130>
- Solano, G., & Thomas, H. (2020). *Migrant Integration Policy Index 2020* (Barcelona Centre for International Affairs (CIDOB) and Migration Policy Group). <https://www.mipex.eu>
- Sousa, E. K. B. D., Borges, L. P., Veloso, H. M. A., Nogueira, V. O. C., Lima, M. M., Oliveira, J. D. C., Borges, J. A. B., Medeiros, H. M., Siqueira, L. B. D., Júnior, J. L. D. O., Lopes, P. H. D. S., Santos, S. R., Jesus, M. L. M. D., & Reis, T. A. B. (2024). O Papel Crucial da Amamentação na Primeira Hora de Vida: Impacto na Saúde e Desenvolvimento Neonatal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 2001–2007. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2001-2007>
- Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A Metodologia De Revisão Integrativa Da Literatura Em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17–26.
- Supimpa, L. S., Souza, S. R. R. K. D., Prandini, N. R., Andreatta, D., Trigueiro, T. H., & Paviani, B. A. (2023). Experiência de mulheres imigrantes no processo de parto e nascimento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57(spe), e20220444. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0444pt>
- Tandoğan, Ö., & Oskay, Ü. (2024). The effect of Rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Medicine*, 103(35), e39346. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039346>

- Tavares, P., Rendeiro, P., & Basto, J. (2017). Rastreio e diagnóstico pré-natal de alterações genéticas. Em L. Graça, *Medicina Materno Fetal* (5.^a ed., pp. 73–80). Lidel.
- Teixeira, C., Pereira, A. M., Anes, E., Rodrigues, C., & Castanheira, M. J. (2019). Evolução Temporal da Mortalidade por Cancro do Colo do Útero em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 32(6), 427–433. <https://doi.org/10.20344/amp.8921>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5.^a ed.). Lusodidacta.
- Topa, J. (2016). *Cuidados de Saúde Materno-infantis a Imigrantes na Região do Grande Porto*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- Travancas, L. J., & Vargens, O. M. da C. (2020). Fatores geradores do medo do parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e96–e96. <https://doi.org/10.5902/2179769241385>
- Triantafyllou, E., & Vivilaki, V. G. (2023). What are the challenges midwives face working with refugee women and how can they be addressed? *European Journal of Midwifery*, 7(August), 1–2. <https://doi.org/10.18332/ejm/168942>
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Induction of Labor: An Overview of Guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(1), 61–72. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000752>
- Unidade Local de Saúde do Algarve. (2024). *Instituição – Unidade Local de Saúde do Algarve*. <https://www.chualgarve.min-saude.pt/instituicao/>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results*. www.unpopulation.org
- Universidade de Évora. (2022). Despacho n.º 1057/2022, de 26 de janeiro: Estatutos da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. *Diário da República*, 2.º série, n.º 18, 162–174.
- Verastegui-Martín, M., Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People’s Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 68(1), 84–98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Vittner, D., Butler, S., Lawhon, G., & Buehler, D. (2025). The newborn individualised developmental care and assessment program: A model of care for infants and families

- in hospital settings. *Acta Paediatrica*, 114(4), 743–751.
<https://doi.org/10.1111/apa.17300>
- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- World Health Organization. (2016). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/250796>
- World Health Organization. (2018a). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/260178>
- World Health Organization. (2018c). *WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections*. World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/275377>
- World Health Organization. (2018c). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health: Summary*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
<https://iris.who.int/handle/10665/311348>
- World Health Organization. (2022). *Orientações Estratégicas Mundiais para Enfermeiros e Parteiros 2021-2025* (1st ed). World Health Organization.
- Zangão, M. O., & Lobão, A. (2023). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 36–51.
<https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>
- Zarth, M. D., Fernández, P. A., Baggio, M. A., Zilly, A., Gamarra, C. J., & Silva, R. M. M. D. (2024). Cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante na gestação e parto: experiências e vulnerabilidades. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230161.
<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161.pt>

ANEXOS

Anexo A – Certificado de participação como Póster nas XVII Jornadas Internacionais de Obstetrícia, subordinadas ao tema “Por uma vida melhor...”



XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Por uma vida melhor...

Diploma

Para os devidos efeitos certifica-se que:

Inês Cabrita Atanásio

participou com o poster

Desafios Culturais no Trabalho de Parto (Premiado com o 1º Lugar da Categoria Poster)

apresentado nas “XVII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia - Por uma vida melhor...”, realizadas nos dias 28 e 29 de Novembro de 2024, no auditório da CESPÚ - Escola Superior de Saúde de Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão.

28 Quinta 29 Sexta NOV. 2024

Auditório:
CESPÚ
Escola Superior de Saúde de Vale do Ave
V. N. de Famalicão

A Comissão Organizadora

Famalicão, 29 de Novembro de 2024

PROGRAMA

Quinta Feira, 28 de Novembro de 2024

Sexta Feira, 29 de Novembro de 2024

09.00 - 09.30 SECRETARIADO

Sala 1 - Secretariado
Paula Janeiro, Emília Monteiro e Patrícia Carmo

09.30 - 13.00 Cursos Práticos

Curso 1 - Sala 301 • Qualidade e Segurança em Obstetrícia. Adaptação do Rio à Vida Entosterilizada

Formadores: EESMO Susana Costa - (ULIS S. João - HSI-Portugal)
Dra. Marta Gonçalves - (ULIS Espinho - H Galea Portugal) - (a confirmar)

Curso 2 - Sala 402 • Promoção do Saúde Mental Positivo na Gravidez e Pós-Parto
Formadores: Professora Doutora Maria Aurélia Sánchez Ortega - (U Barcelona - Espanha)
Professora Doutora Sónia Teixeira - (U Pessoa - Portugal)

09.30 Sala 307 - Apresentação das Comunicações Orais

Moderadores: Doutora Catarina Amaral - (ULIS Viseu Dão Lafões - HSF-Portugal)
Prof. Doutora Clara Simões - (CESPÚ - VNFamalicão-Portugal)

11.00 Intervalo

13.00 Almoço livre

Mostra de Posters em Tela Digital durante as Jornadas

14.30 - 18.00 Cursos Práticos

Curso 3 - Sala 402 • [Re] Olhar o parto mais Verticalizado e Novas Formas de Posicionamento no TP/Período Expulsivo - Estado da Arte
Formadores: EESMO Rosa Pereira & Andreia Soares - (ULIS do Pinheiro de Vascim/Vila do Conde - Portugal)

Curso 4 - Sala 301 • Qualidade e Segurança em Obstetrícia na Vigilância de Gravidez de Baixo Risco Elevado por EESMO's
Formador: EESMO Lúcia Torgal - (ULIS - Lisboa Ocidental - UCC Oeiras-Portugal)

14.30 Sala 307 - Apresentação das Comunicações Orais

Moderadores: Doutora Catarina Amaral - (ULIS Viseu Dão Lafões - HSF-Portugal)
Prof. Doutora Clara Simões - (CESPÚ - VNFamalicão-Portugal)

16.00 Intervalo

18.00 Encerramento

08.30 SECRETARIADO

Sala 1 - Secretariado
Paula Janeiro, Emília Monteiro e Patrícia Carmo

09.00 Sessão de Abertura

- Presidente Mesa do Colégio da Especialidade da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - **EESMO Alexandrina Cardoso**
- Coordenadora da UCC Parahiba - **EES Pedro Lourenço**
- Diretora da Escola Superior de Saúde de Vale do Ave - **Prof.ª Doutora Marisa Machado**
- Vereadora da Saúde da Câmara de Famalicão - **Dra. Sofia Fernandes**
- Presidente da Comissão Científica Internacional do Congresso - **EESMO Albina Sequeira**
- Representante da Comissão Científica Internacional do Congresso - **Prof.ª Doutora Cláudia Messias - U.F.F. Brasil**

09.30 Conferência I • Promoção da Saúde e Parentalidade Positiva (Anos Iniciais)

Conferencista: EES Mara Costa - (ULIS Coimbra/Dr. Manuel Cunha)

10.00 Intervalo

10.30 Conferência II • Influência Hormonal no Desfecho do Nascimento Positivo

Conferencista: EESMO Tatianne Frank - (DeMater - Equipa Parto/Sistema Curso e Consultoria - Brasil)

11.00 Conferência III • Avaliação de SIADAP - Será a Avaliação Mais Adequada para os Enfermeiros?

Conferencista: EESMO(S) Paula Janeiro; Isabel Lameirão; Anjos Morena - (ULIS João - USF Azevedo Campanhã)

11.30 Workshop

11.50 Mesa Redonda • Microbiota Intestinal - O Paradigma da Saúde
Moderador: Enf. Catarina Cordeiro - (ULIS João - HSI)

Como Fazer do Cósimo uma 'Família' - Potenciar o Microbioma Intestinal
Gabriel Mateus - (Nutricionista - Fat/Gem)

Transmissão Intergeneracional de Depressão e Transtornos de Humor na Gravidez
A importância do Microbioma
Dra Sandra Weiss - (School of Nursing at the University of California - São Francisco USA)

A importância do Microbioma em Obstetrícia
Dra Michelle Irving - (University of Queensland - Reino Unido)

13.00 Almoço livre

14.30 Debate • Reorganização da Rede de Serviços de Urgência de Saúde Materna e Obstétrica - Otimização de Recursos

Moderador: Dr Pedro Matos Trigo - (Consultor de Comunicação)
Diretora Maria José Costa Dias - (ULIS São José - Lisboa)
Presidente da Mesa do Colégio da ESMO Alexandrina Cardoso
EESMO Mafalda Garcia - (Hospital Privado - Lusíadas-Lisboa)
Presidente da APED Vítor Varela

16.00 Workshop

16.20 Intervalo

16.40 Conferência IV • A Criação de Núcleos de Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica para cada ULIS.

Conferencista: EESMO Nuno Ferreira - (Membro Formador da NESMO da (ULIS Viseu Dão Lafões - HST)

17.20 Conferência V • A Criação dos Centros de Responsabilidade Integradas (CRI)

Conferencista: EESMO Sandra Castanho - (Vogal do Conselho de Gestão do (CR) da (ULIS São José-Lisboa)

17.30 Entrega de prémios Posters / Comunicações Livres

17.35 Sessão de Encerramento

Anexo B – Certificado de participação no Seminário “Dia Internacional do EEESMO: Um Pilar em Tempos de Crise”

Unidade Local de Saúde do Algarve, E.P.E.
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação
Pessoa Coletiva n.º 510 745 997

Entidade acreditada pela ACSS
Processo de Renovação 22/12/2008 e
Despacho Ministerial de 13/12/2009



Declaração

Declara-se que **Inês Atanásio**, participou no seminário “Dia Internacional da EEESMO. Um Pilar Essencial em Tempos de Crise”, promovido pela Unidade Local de Saúde do Algarve, com duração de 7 horas e 30 minutos, realizado a 5 de maio de 2025, em Faro, na Universidade do Algarve – Campus da Penha .

Faro, 12 de maio de 2025

Teresa Figueiredo
Diretora
Departamento de Ensino, Inovação e Investigação

Sede
Rua Leão Penedo, 8000-386, Faro
DEEI Faro:
centroformacao@chalgarve-min.saude.pt
DEEI Portimão:
cfic.psm@chalgarve-min.saude.pt
CHUALG_CFC_05_CERT_2017

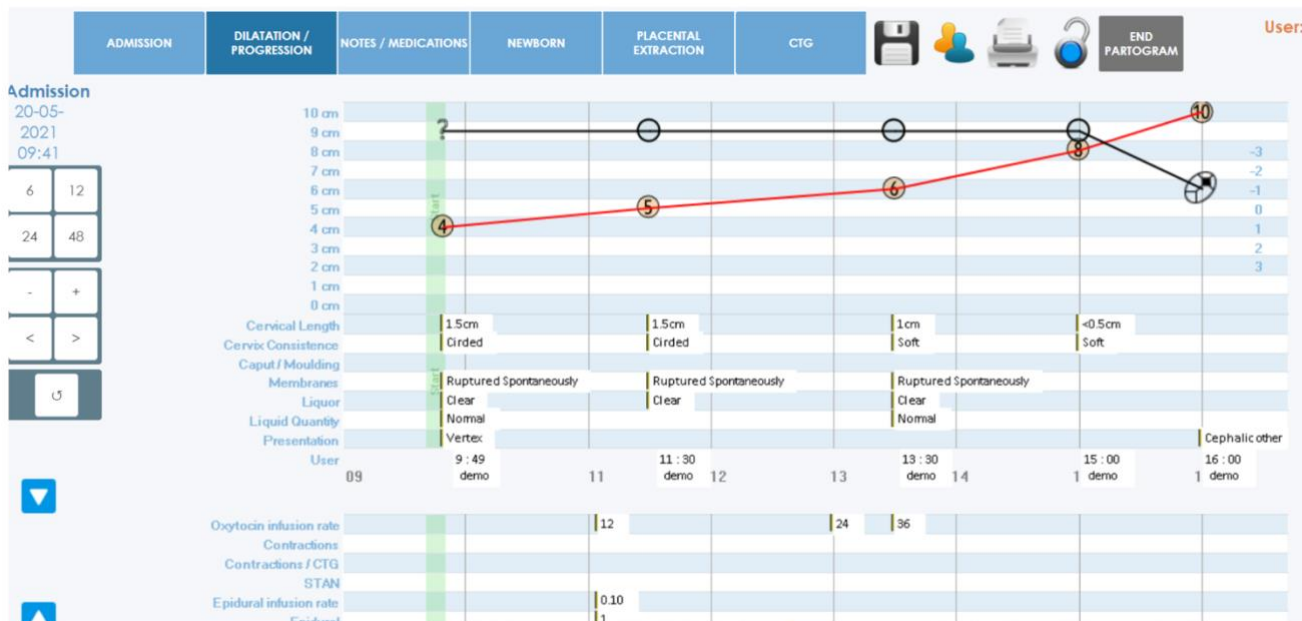
Entidade Reguladora




Anexo C – Escala de Goodwin Modificada

HISTÓRIA REPRODUTIVA		
Idade	≤17 >40	= 3
	18 - 29	= 0
	30 - 39	= 1
Paridade	0	= 1
	1 - 4	= 0
	≥ 5	= 3
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR		
Aborto habitual ≥ (3 consecutivos)	= 1	
Infertilidade	= 1	
Hemorragia pós-parto/dequitação manual	= 1	
RN ≥ 4000 g	= 1	
Pré-eclampsia/eclampsia	= 1	
Cesariana anterior	= 2	
Feto morto / morte neonatal	= 3	
Trabalho de parto prolongado ou difícil	= 1	
PATOLOGIA ASSOCIADA		
Cirurgia ginecológica anterior	= 1	
Doença renal crónica	= 2	
Diabetes gestacional	= 1	
Diabetes Mellitus	= 3	
Doença cardíaca	= 3	
Outras (bronquite crónica, lúpus, etc.)		
Índice de acordo com a gravidade	= (1 a 3)	
Gravidez atual	1ª visita	36ª semana
Hemorragias ≤ 20 semanas	= 1	
Hemorragias > 20 semanas	= 3	
Anemia (≤ 10 g)	= 1	
Gravidez prolongada ≥ 42 semanas	= 1	
Hipertensão	= 2	
Rotura prematura da membranas	= 2	
Hidramnios	= 2	
ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	= 3	
Apresentação pélvica	= 3	
Isoimunização Rh	= 3	
Baixo risco 0 – 2 / Médio risco 3 – 6 / Alto risco ≥ 7		

Anexo E – Partograma da Unidade P



APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982 - 7</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ <small>(a preencher apenas para orientadores externos)</small>	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ <small>(a preencher apenas para orientadores externos)</small>	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____ <small>(a preencher apenas para orientadores externos)</small>	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u>  <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>ver campo 13</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
Diversidade Cultural durante o trabalho de parto e parto; Vulnerabilidades das mulheres migrantes; Dificuldades dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica na assistência a mulheres migrantes.	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Em documento anexo ao impresso.	
Descritores (DeCS): Gravidez; Parto; Enfermeiros Obstetras; Migrantes; Diversidade Cultural Descriptors (DeCS): Pregnancy; Childbirth; Nurse Midwives; Transients and Migrants; Cultural Diversity Descriptores (DeCS): Embarazo; Parto; Enfermeros Obstetras; Migrantes; Diversidad Cultural	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade I&D 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) <input type="checkbox"/> Outros: _____	<p>Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) 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.</p> <p>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 T/D/E/TP.</p>
<small>Serviços Académicos - Rua Duques de Cadaval - 7000-883 Évora :: Telefone: 266 760 220 :: SAC.Online: http://atendimento.sac.uevora.pt</small>	

Apêndice B – Relato Caso “Interrupção Médica da Gravidez”

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ:
RELATO DE CASO**

**MEDICAL TERMINATION OF PREGNANCY:
CASE REPORT**

**INTERRUPCIÓN MÉDICA DEL EMBARAZO:
INFORME DE UN CASO**

Inês Atanásio¹ , Maria Otilia Brites Zangão³ .

¹Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, Faro, Portugal.

³Universidade de Évora, Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal.

Recebido/Received: 16-07-2025 Aceite/Accepted: 06-08-2025 Publicado/Published: 08-08-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11\(0\).766.28-37](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2025.11(0).766.28-37)

©Os autores retêm o copyright sobre seus artigos, concedendo à RIASE 2025 o direito de primeira publicação sob a licença CC BY-NC, e autorizando reuso por terceiros conforme os termos dessa licença.

©Authors retain the copyright of their articles, granting RIASE 2025 the right of first publication under the CC BY-NC license, and authorizing reuse by third parties in accordance with the terms of this license.

VOL. 11 SUPLEMENTO 1 JULHO 2025

Resumo

Enquadramento: A interrupção da gravidez pode ser voluntária ou médica dependendo dos motivos e da idade gestacional. Sendo que a opção voluntária só pode ser realizada até às 10 semanas e 6 dias, a opção médica pode ser efetuada até às 24 semanas nas situações de anomalias fetais ou risco de vida para a mãe. **Objetivo:** Apresentar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem centrados na mulher submetida a uma interrupção médica da gravidez. **Método:** Abordagem descritiva e observacional, tendo por base o respeito pelos princípios éticos e da confidencialidade, de um caso prático de uma mulher de 37 anos sujeita a uma interrupção médica da gravidez, após o diagnóstico confirmado de Trissomia 21. Elaborado através de uma colheita de dados, onde foi utilizado o modelo teórico de Roper-Logan-Tierney e de uma pesquisa bibliográfica. O relato de caso foi elaborado segundo as diretrizes CAsE REport [CARE], o plano de cuidados foi baseado na taxonomia CIPE® e as intervenções segundo a classificação NIC. **Resultados:** Foram identificados sete diagnósticos de enfermagem, dos quais foram selecionados quatro, considerados como mais relevantes neste caso: Ansiedade, Dor, Luto e Risco de Hemorragia. **Conclusão:** A interrupção da gravidez exige uma abordagem empática e humanizada, especialmente em situações de anomalias fetais. O enfermeiro obstetra desempenha um papel fundamental na gestão dos cuidados, atuando na promoção do bem-estar físico e emocional da mulher/casal, primando por um cuidado de qualidade e respeitando os princípios éticos.

Palavras-chave: Aborto Terapêutico; Anomalias Congénitas; Cuidados de Enfermagem; Enfermeiro Obstetra.

Abstract

Background: Termination of pregnancy can be voluntary or medical, depending on the reasons for it and the gestational age. While the voluntary option can only be carried out up to 10 weeks and 6 days, the medical option can be carried out up to 24 weeks in situations of fetal abnormalities or risk to the mother's life. **Goal:** To present a proposal for a nursing care plan centred on women undergoing medical termination of pregnancy. **Method:** A descriptive and observational approach, based on respect for ethical principles and confidentiality, of a case study of a 37-year-old woman who underwent a medical termination of pregnancy following a confirmed diagnosis of Trisomy 21. It was compiled through data collection, using the Roper-Logan-Tierney theoretical model, and bibliographical research. The case report was drawn up according to the CAsE REport [CARE] guidelines, the care plan was based on the CIPE® taxonomy and the interventions according to the NIC classification. **Results:** Seven nursing diagnoses were identified, of which four were selected as the most relevant in this case: Anxiety, Pain, Grief and Risk of Hemorrhage. **Conclusion:** Termination of pregnancy requires an empathetic and humanized approach, especially in situations of fetal abnormalities. The obstetric nurse plays a fundamental role in managing care, acting to promote the physical and emotional well-being of the woman/couple, prioritising quality care and respecting ethical principles.

Keywords: Abortion, Therapeutic; Congenital Abnormalities; Nurse Midwives; Nursing Care.

Resumen

Contexto: La interrupción del embarazo puede ser voluntaria o médica, dependiendo de los motivos y la edad gestacional. Mientras que la opción voluntaria solo puede realizarse hasta las 10 semanas y 6 días, la opción médica puede llevarse a cabo hasta las 24 semanas en casos de anomalías fetales o riesgo para la vida de la madre. **Objetivo:** Presentar una propuesta de plan de cuidados de enfermería centrado en la mujer sometida a una interrupción médica del embarazo. **Método:** Enfoque descriptivo y observacional, basado en el respeto a los principios éticos y la confidencialidad, de un estudio de caso de una mujer de 37 años que se sometió a una interrupción médica del embarazo tras un diagnóstico confirmado de trisomía 21. Se elaboró mediante la recogida de datos, utilizando el modelo teórico Roper-Logan-Tierney, y la investigación bibliográfica. El informe del caso se elaboró según las directrices CAsE REport [CARE], el plan de cuidados se basó en la taxonomía CIPE® y las intervenciones según la clasificación NIC. **Resultados:** Se identificaron siete diagnósticos de enfermería, de los cuales se seleccionaron cuatro como prioritarios en este caso: Ansiedad, Dolor, Duelo y Riesgo de Hemorragia. **Conclusión:** La interrupción del embarazo requiere un enfoque empático y humanizado, especialmente en situaciones de anomalías fetales. El enfermero obstetra desempeña un papel clave en la gestión de los cuidados, promoviendo el bienestar físico y emocional de la mujer/pareja, garantizando una atención de calidad y respetando los principios éticos.

Descriptores: Aborto Terapéutico; Anomalias Congénitas; Cuidados de Enfermería; Enfermero Obstetra.

Apêndice C – Modelo Reflexivo de Gibbs: Prematuridade

Reflexão sobre Prematuridade

Inês Atanásio

m53592

Os registos de aprendizagem, como diários reflexivos, são amplamente utilizados no ensino de enfermagem em Portugal. Sendo instrumentos que promovem a integração da teoria com a prática, incentivam a reflexão contínua e o diálogo entre aluno e docente, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante (Macedo et al., 2013). Um dos instrumentos mais reconhecido e amplamente difundido é o ciclo de aprendizagem reflexiva desenvolvido por Graham Gibbs em 1988. Este modelo baseia-se na reflexão estruturada sobre experiências práticas e está organizada em seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento de ações futuras (Gibbs, 2013).

Com base nesse modelo foi então elaborada esta reflexão, que se encontra inserida no Estágio de Natureza Profissional no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mais especificamente no contexto clínico - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica: Bloco de Partos.

Descrição

A grávida C. foi admitida na Sala de Partos. Apresentava um índice obstétrico de 0.0.0.0 e idade gestacional de 28 semanas e 4 dias. Após ecografia verificou-se que o feto se encontrava na posição pélvica e com a realização do exame vaginal constatou-se que estava na fase ativa do trabalho de parto, tendo o colo apagado com 8cm de dilatação. Após toda a anamnese e face aos dados obtidos, foi considerado pela equipa médica a realização de uma cesariana. Prévia à cesariana foi iniciado protocolo de maturação pulmonar com administração de dexametasona 5 mg, via intramuscular, e o protocolo da neuroproteção com a administração de sulfato magnésio MgSO₄ – dose de carga de 4g (durante 20 minutos) + dose de manutenção de 1g/h até ao parto.

Ficou com monitorização cardiotocográfica contínua, a qual registava contrações regulares e intensas, compatíveis com a fase do trabalho de parto em que se encontrava. A frequência cardíaca fetal não apresentava alterações relevantes.

A cesariana iniciou-se pelas 18h28, tendo sido uma extração do feto muito difícil. Recém-nascido do sexo masculino, nasceu as 18h36, com 1389gr e hipotónico. Tendo

sido imediatamente transferido para Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, ao qual ficou aos cuidados de uma equipa especializada. Foi-lhe atribuído o índice de APGAR pelo Médico Pediatra responsável de 1 ao primeiro minuto, 1 ao quinto minuto e 1 ao décimo minuto. Pelo que apresentou necessidade de ser reanimado, tendo ficado entubado sob suporte de ventilação mecânica.

Até ao início da cesariana a grávida C. teve sempre a companhia do marido, que permaneceu junto da mesma, ausentando-se apenas aquando realização do procedimento cirúrgico. Voltando a permanecerem juntos, após a cesariana, durante o período do puerpério imediato (duas horas após o parto), até à transferência para o internamento do puerpério. Durante todo o processo foi visível a ansiedade vivenciada por este casal.

Sentimentos

No decorrer desta situação, senti a ansiedade que foi acompanhar um caso tão complexo, mas também comprometida a conseguir dar o melhor cuidado aquela família, com o grande objetivo de minimizar a ansiedade, o medo e a revolta envolta na situação.

A admissão de uma mulher em trabalho de parto prematuro numa fase tão ativa, e na impossibilidade de um parto via vaginal, gerou um misto de preocupação e responsabilidade, pois tinha conhecimento da vulnerabilidade de toda a situação e a noção que era uma desfeita face ao parto idealizado por aquele casal. O início dos protocolos, tanto da maturação pulmonar como da neuroprotecção, foi algo que me incitou a rever os conhecimentos previamente aprendidos, e a ter em consideração a precisão e urgência necessária numa situação como esta. No momento da cesariana, ao perceber as dificuldades na extração do feto, senti uma tensão crescente e uma preocupação agravada sobre o estado do recém-nascido. A baixa pontuação do índice de APGAR atribuída pelo médico pediatra e a necessidade de reanimação intensificaram a minha preocupação e fizeram-me refletir sobre a fragilidade da vida e o impacto que as nossas ações, enquanto equipa de saúde multidisciplinar, tem sobre a construção de uma nova família.

Durante o decorrer de toda a situação, senti empatia com o casal, especialmente do pai, que permaneceu junto à grávida durante todo processo. Tendo sido emocionante ver o apoio mútuo entre eles, mas também angustiante perceber a impotência que ambos devem ter sentido perante esta situação difícil. Esses sentimentos vieram reforçar a importância que um cuidado humanizado tem, quer a nível da parte técnica como no suporte emocional, reconhecendo que a experiência do parto envolve não apenas questões físicas, mas também profundas implicações emocionais para a família.

Avaliação

Segundo a avaliação feita, verificou-se que todo o processo foi conduzido com eficiência e dedicação pela equipa multidisciplinar presente. A rápida identificação da necessidade de cesariana e a implementação dos protocolos adequados à idade gestacional demonstraram um cuidado bem fundamentado e focado em minimizar os riscos para o recém-nascido prematuro.

De ressaltar apenas a impossibilidade da presença do marido no momento da cesariana, porque seria algo que teria feito diferença para senhora C. num momento tão delicado. De resto a possibilidade de ele estar presente durante o trabalho de parto e após a realização da cesariana, permitiu promover o suporte emocional necessário, e que ambos se apoiassem mutuamente.

Análise

O parto pré-termo é considerado um problema significativo, resultando num aumento da morbidade e mortalidade neonatal, e onde se verifica uma maior ansiedade por parte da grávida (Carter et al., 2018). Nesta situação, foi evidente que o foco principal era garantir a segurança da mãe e a viabilidade do recém-nascido. A decisão pela cesariana foi justificada pela condição obstétrica e pelos riscos associados ao trabalho de parto numa fase ativa da gestação prematura e na posição pélvica. Segundo a Direção-Geral da Saúde [DGS] (2015), a apresentação fetal pélvica constitui uma indicação para intervenção cirúrgica. O despacho n.º 5344-A/2016, de 19 de abril, “estabelece as medidas e procedimentos necessários para que o pai, ou outra pessoa significativa, possa estar presente num bloco operatório para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana”. Está definido que em situações em que não exista nenhuma contraindicação clínica grave avaliada pelo médico obstetra, a parturiente pode autorizar a presença de um acompanhante, o qual deve manifestar a sua intenção de presença através do consentimento informado. O acompanhante deve cumprir todas as regras de proteção individual e higiene, sendo orientado sobre a cirurgia e posicionamento na sala. De ressaltar que a presença pode ser suspensa em caso de complicações que comprometam a segurança da mãe ou do bebé. As instituições devem garantir uma infraestrutura adequada que permita ao acompanhante assistir à observação do recém-nascido, permanecendo junto dele até ao término da intervenção cirúrgica, desde que não comprometa o funcionamento do serviço. O que se verifica no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica – Bloco de Partos, é que as infraestruturas existentes na sala

operatória não permitem a presença do pai, comprometendo a segurança na prestação dos cuidados, razão pela qual a grávida não tem a possibilidade de exercer esse direito.

O contexto emocional vivenciado pelos pais é algo desafiante para a equipa multidisciplinar, sendo a comunicação um pilar essencial para criar uma relação de confiança entre a equipa de saúde e o casal. Segundo Kozel et al. (2022) é necessário sensibilizar os profissionais de saúde para as emoções vivenciadas por mulheres em trabalho de parto pré-termo, sendo sugerido como estratégias a implementar pelos profissionais a escuta ativa e o apoio emocional. Como futura especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, compreendo que a eficácia técnica e um cuidado humanizado precisam de estar lado a lado, principalmente em situações delicadas como esta. Segundo Oliveira et al. (2022), é importante refletir sobre a prática do enfermeiro em situações como o parto pré-termo, onde a prática com conhecimento técnico-científico é fundamental, mas um cuidado de qualidade é aquele que inclui também um cuidado holístico, eficiente e humanizado.

Conclusão

A experiência de lidar com a prematuridade reforça a complexidade e a importância dos cuidados em saúde materna e neonatal. Este contexto desafia as competências técnicas da equipa de saúde e a sua capacidade em fornecer apoio emocional à mulher inserida na família/comunidade. A prematuridade é uma condição que exige intervenções rápidas e precisas, mas também exige uma abordagem mais sensível e humanizada, especialmente devido ao impacto psicológico que gera nos pais. É importante reconhecer a prematuridade como um momento de fragilidade e incerteza. Esta situação permitiu-me consolidar o compromisso com uma prática centrada na segurança, no respeito e na empatia, sendo três pilares essenciais para favorecer uma melhor experiência de parto e proporcionar um melhor desfecho clínico.

Plano de ação

Como plano de ação, num futuro considero importante aprimorar o cuidado de forma a minimizar o impacto que um trabalho de parto pré-termo acarreta. Dentro desse cuidado, deve ser incluído estratégias para oferecer apoio emocional às grávidas e familiares de modo a ser possível ajudar a lidar com a ansiedade e o medo, atualizar conhecimentos sobre os protocolos aplicados nestas situações e estabelecer uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinares, composta por médicos obstetras, médicos pediatras,

enfermeiros especialistas, enfermeiros generalistas, assistentes operacionais e pessoal administrativo.

Referências Bibliográficas

Carter, J., Tribe, R. M., Shennan, A. H., & Sandall, J. (2018). Threatened preterm labour: Women's experiences of risk and care management: A qualitative study. *Midwifery*, *64*, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.001>

Despacho n.º 5344-A/2016 da Presidência do Conselho de Ministros e Saúde. (2016). Diário da República: II série n.º 76. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5344-a-2016-74200387>

Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2015). Norma nº001/2015 de 19/01/2015 - Registo de Indicações de Cesariana. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Gibbs, G. (2013). *Learning by Doing* (1.ª ed.). Oxford Centre of Staff and Learning Development.

Kozel, E., Barnoy, S., & Itzhaki, M. (2022). Emotion management of women at risk for premature birth: The association with optimism and social support. *Applied Nursing Research*, *64*, 151568. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151568>

Macedo, A., Augusto, C., Silva, M., & Rosário, R. (2013). Supervisão em enfermagem: o contributo das narrativas reflexivas no contexto clínico. Em *Ensino para a autonomia: inovando a formação profissional*. Uneb.

Oliveira, V. C., Sousa, I. E. S., Jansen, R. C., Nogueira, M. R. D. N., Silva, I. C. D., & Sabino, L. M. M. D. (2022). Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma Paciente em Trabalho de Parto Prematuro. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, *96*(37). <https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.37-art.1268>

Apêndice D – Póster com a temática “Desafios Culturais no Trabalho de Parto”

DESAFIOS CULTURAIS NO TRABALHO DE PARTO

Inês Atanásio¹, Otilia Zangão^{2,3}

1 Serviço de Urgência de Obstetria/Ginecologia, Unidade Local de Saúde do Algarve, EPE, Faro, Portugal
2 Comprehensive Health Research Centre, Universidade de Évora, Évora, Portugal
3 Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora, Évora, Portugal



INTRODUÇÃO

A crescente diversidade cultural em Portugal, impulsionada pela globalização e pelos fluxos migratórios, desafia o sistema de saúde a adotar práticas inclusivas. Em 2022, as principais nacionalidades estrangeiras no país incluíam:



(Oliveira, 2023)

parto → experiência individual → interação de fatores relacionados com as crenças, culturas e tradições

Mulheres de diferentes contextos tem diferentes formas de saberes sobre o seu corpo, o bebé e o cuidado a ter com ambos

Objetivo Principal
Analisar na evidencia científica, os desafios culturais sentidos na assistência a mulheres migrantes durante o trabalho de parto

MÉTODOS

Questão orientadora
"Quais os desafios culturais sentidos durante o trabalho de parto a mulheres migrantes?"

critérios de inclusão

critérios de exclusão

artigos disponíveis na íntegra idiomas português, inglês e espanhol entre 2019 e 2024

Bases de Dados

- Pubmed
- Web of Science
- Medline

→ 8 artigos selecionados e analisados

Palavras-Chave (MeSH): Migrants; Nurses Midwives; Childbirth

REFERÊNCIAS



RESULTADOS

Dados indicam que 13,5% dos nascimentos em 2020 foram de mães estrangeiras, ressaltando a relevância de práticas de saúde culturalmente sensíveis (Oliveira, 2021).

Mulheres migrantes enfrentam:

Diferenças Culturais

Barreiras Linguísticas

Dificuldades no acesso à informação

Medo de maus-tratos

↓

impacta negativamente a experiência do parto (Supimpa et al., 2023)

Enfermeiros Obstetras desempenham um papel vital na promoção de um parto seguro, contudo enfrentam certos desafios

recursos limitados

}

dificuldades na comunicação

↓

Pode comprometer a segurança materna e fetal (Triantafyllou & Vivilaki, 2023)

A enfermagem transcultural promove: (Leininger & McFarland, 2006)

competência cultural

respeito das crenças, valores e práticas culturais

cuidado centrado na mulher

cuidados holísticos, sensíveis e competentes

CONCLUSÃO

A maternidade tem uma vivência única e pessoal, mas as mulheres/família migrantes experienciam de maneira diferenciada, moldada pelas suas crenças e culturas.

Barreira Linguística

×

- esclarecer as dúvidas
- aprenderem aspetos importantes sobre a gravidez, parto e pós-parto

Maior necessidade de incentivar um **cuidado** que seja **humanizado** e **culturalmente adaptado**

↓

aprimorar a qualidade do atendimento a mulheres migrantes e diminuir as suas vulnerabilidades durante o parto

Apêndice E – Livro-Panfleto informativo “Temos alta! E agora?”

Temos alta! E agora ?

Guia para os primeiros dias em casa com o seu bebé onde pode encontrar dicas de cuidados essenciais, os sinais de alerta e cuidados com a alimentação, higiene e conforto do recém-nascido



PORQUE O CUIDADO CONTINUA MESMO DEPOIS DA MATERNIDADE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

Lóquios no Pós-Parto

Lóquios - perda de sangue vaginal após o parto (vaginal ou cesariana) → Dura cerca de três semanas, pode ir até às seis semanas pós parto → Volume das perdas será cada vez menor, passa de um tom mais escuro para um tom acastanhado

Na amamentação pode sentir que a saída de lóquios é maior, isso deve-se à contração do útero promovida pela hormona ocitocina

Deve trocar o penso com regularidade de forma a evitar infeções

Os lóquios **não devem** ter um cheiro fétido ou apresentar exsudado (pus)
Caso verifique esta situação deve dirigir-se a uma unidade de saúde



Suturas no Pós-Parto

Sutura Perineal (Episiorrafia/Laceração Sutada)

- Cuidados de Higiene**
- lavar sempre muito bem com água fria ou morna quando for ao WC
 - secar bem, limpar sempre de frente para trás
 - usar sempre a sua toalha e trocar com regularidade
 - evitar friccionar (dica: usar secador no modo frio)
 - mudar regularmente o penso higiénico

Os pontos têm de ser **observados** (pode usar um espelho ou pedir a colaboração a alguém de confiança) para se verificar presença de:

- dor } Aplicar gelo 3 a 4 vezes por dia, durante 10 a 15 minutos
- inchaço
- pele avermelhada
- mau cheiro } dirigir-se a uma unidade de saúde
- saída de pus



Encher um preservativo com água ou ensopar um penso pós-parto e congelar. Retira do congelador e coloca uma compressa para aplicar no perineo

“ Ao fim de duas/três semanas os pontos caem ou são absorvidos. Nunca os deve puxar, se tiver muito desconforto procure ajuda ”

Sutura da Cesariana



O penso simples deve ser trocado de 2/2 dias ou consoante as indicações do centro de saúde

Cuidados com as Cicatrizes

Cicatriz Perineal: Após a queda de todos os pontos começar a massajar suavemente a zona com um produto adequado, com o dedo polegar e indicador (fazer o sinal do dinheiro)

Cicatriz Cesariana: Após os pontos saírem/absorvidos começar a fazer a massagem suavemente com produto adequado. Se encontrarem uns durões, pode colocar gelo e massajar na zona

Atividade Física

Antes de iniciar a atividade física deve perceber como está a recuperar; além da **diástase abdominal**, é importante saber como está o **períneo** e a **cicatriz** - idealmente é realizado na consulta de revisão pós-parto



Parto vaginal: normalmente entre as 2 e as 4 semanas se estiver tudo bem, pode retomar os treinos

Parto por cesariana: o corpo necessita de mais tempo para recuperar (entre 6 a 8 semanas), uma vez que os tecidos internos ainda estão a ir ao sítio

Atividade Sexual

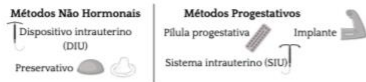


O reinício das relações sexuais deve acontecer quando a mulher se sentir preparada
As primeiras vezes pode causar dor e desconforto, que pode ser minimizado pelo uso de lubrificantes

É importante ter a consciência que a disponibilidade para relações íntimas pode não ser igual à de antes, a comunicação entre casal pode ajudar muito

Contraceção no Pós-Parto

Não há uma data certa para a menstruação regressar, sobretudo em mulheres que estão a amamentar pelo que a utilização de contraceção deve ser reforçada na consulta da revisão pós-parto



Alterações Hormonais no Pós-Parto

A saúde mental é tão importante como a física! Não tenha receio de procurar ajuda, os profissionais de saúde estão disponíveis para lhe aconselhar. Pedir apoio não é sinal de fraqueza, por vezes é necessário medicação (sempre indicada por um médico), e existe medicação compatível com a amamentação

Baby blues

- Muito comum após o parto (30-60%)
- Relacionado com desregulação hormonal
- Maior emotividade/melancolia
- Preocupação excessiva com o bebé
- Choro fácil
- Irritabilidade, ansiedade e nervosismo
- Cansaço e dificuldade de concentração

Surge entre o 3º - 5º dia pós-parto. Desaparece espontaneamente ao fim de 10 a 14 dias aproximadamente

Depressão Pós-Parto

- Menos comum, pode resultar de um agravamento dos baby blues
- Tristeza constante
- Sentimento de culpa
- Baixa autoestima
- Incapacidade de cuidar de si e do bebé
- Cansaço extremo e insónias
- Perda de apetite
- Medo de ficar sozinha

Surge mais tarde entre 4-6 semanas pós-parto é mais intensa e duradoura, pelo que pode precisar de tratamento médico



A mãe, no pós-parto, precisa de suporte, sendo muito importante a rede de apoio e a atenção dos companheiros(as)



Amamentar ou não amamentar é uma escolha! Se a mãe não pretender amamentar ou se, por motivos clínicos, for necessário introduzir suplementação com leite artificial pode ser feito de duas formas: aleitamento misto (oferecer primeiro materno e suplementar com leite artificial) ou exclusivamente artificial

Aleitamento do Recém-Nascido

Pode ter uma ideia ou uma expectativa sobre aquilo que gostaria de fazer em relação a amamentação, e essa ideia pode se alterar ao longo do processo

Existem muitas formas de amamentar

- extrair o leite e dar por copo, seringa ou biberão
- aleitamento exclusivo
- aleitamento misto

Vantagens

- Permite complementar a mamada sem comprometer a amamentação
- Evitar o contacto com tetinas prevenindo a "confusão de bicos"
- Alimentar o bebé na ausência da mãe
- Exige menos esforço por parte do bebé em sugar o leite, não leva ao desinteresse pela mama
- Fortalece e coordena os músculos da face começar a sugar

Como dar

- Adote uma posição confortável para si e para o bebé
- Posicione o bebé sentado, apoiando a cabeça e ombros
- Toque com o copo suavemente no lábio inferior
- Coloque o copo para que os rebordos deste toquem nos cantos da boca
- Incline ligeiramente um copo para o bebé saborear o leite e não deite o leite dentro da boca do bebé
- Mantenha a inclinação do copo para o bebé não se engasgar
- Deixe que o bebé beba ao seu próprio ritmo e não force
- O bebé fecha a boca quando ficar satisfeito
- Deixe o bebé na posição de sentado até arrotar



Desvantagens em oferecer tetinas e/ou chupetas em bebés amamentados

- Redução do tempo de sucção na mama
- Abandono precoce da amamentação
- Confusão de bicos
- Redução da estimulação da produção de leite materno
- Alteração da dinâmica oral e pega incorreta
- Ocorrência de problemas dentários

MAMILOS DE SILICONE NA AMAMENTAÇÃO

Podem ser úteis em situações muito específicas: dificuldades iniciais na pega e mamilo muito ferido

No entanto, o uso prolongado pode interferir na amamentação: reduz o estímulo direto na mama e pode afetar a produção de leite e quando mal colocado/adaptado pode levar a feridas nos mamilos

Leite Materno

O leite materno protege o bebé, e isto não é possível com outro tipo de alimento!



Bebé

- Protege contra infeções
- Protege contra gastroenterites e problemas de estômago
- Digestão mais fácil, diminui a obstipação, cólicas e enjoo
- Reduz o risco de Diabetes e Obesidade
- Reduz o risco de intolerâncias alimentares e alergias
- Melhor desenvolvimento oral e dentário
- Melhor desenvolvimento mental

Mãe

- Reduz a ansiedade materna
- Permite uma recuperação pós-parto mais rápida
- Reduz o risco de cancro da mama e do ovário
- Reduz o risco de osteoporose
- Ajuda a recuperar o peso
- É prático, não necessita de preparação prévia.

O leite materno é mais sustentável para o planeta e a opção mais económica

"Quando um bebé estabelece contacto pele a pele, interage com a mãe a nível sensorial, o que estimula de forma positiva o seu desenvolvimento: procura a mama, acalma-se, mantém-se quente e mantém os níveis de açúcar estabilizados no sangue."

Dr. Jack Newman
pediatra canadense

Para amamentar, a mãe precisa de segurança, tranquilidade e apoio. A produção do leite começa na cabeça, por isso é preciso acreditar, conhecer o processo e estar motivada

Embora seja natural, a amamentação é influenciada por experiências sociais e familiares e exige informação para acontecer da melhor forma

"Quanto mais o bebé mamar, maior será a produção de leite"



A produção de leite está associada à hormona prolactina

A saída de leite está associada à hormona ocitocina

Fases do Leite



Recomendações

- Demanda livre - horário livre - sempre que o bebé solicitar (exceto algumas situações que envolvam bebés de risco (como os de baixo peso, prematuros))
- Oferecer primeiro a mama que tiver mais cheia de forma a ficar mais confortável
- Em 24 horas deve fazer entre a 8-12 mamadas
- Não se deve limitar a duração das mamadas, pois vai variar muito de bebé para bebé
- Mamadas à noite é importante para manter a produção de leite
- Aplicar leite materno no mamilo e na aréola após o banho e mamadas
- Não utilizar discos de algodão nas primeiras semanas
- Se for necessário interromper a mamada colocar o quinto dedo no canto da boca do bebé para desfazer o vácuo
- A lavagem da mama deve ser feita no momento da higiene diária
- Não oferecer chupetas ou tetinas
- Expor os mamilos ao ar para que estes se mantenham secos
- Assegurar uma posição e pega correta

mais importante que contabilizar o tempo é observar o tipo de sucção: início sucções mais fortes e vigorosas com pausas curtas, à medida que fica saciado faz pausas mais longas e a sucção é mais fraca - sucção não nutritiva

Mãe

O principal é estar confortável. Se tiver sentada ter as costas e os pés apoiados. Se necessário apoiar a mama fazer com a mão livre e colocada "C" e não em pinça

Bebé

Deve ter corpo alinhado (orelha, ombro e anca do bebé devem formar uma linha recta). Barriga deve estar próxima ao corpo da mãe. O bebé é levado à mama e não o contrário. Enquanto recém-nascido deve ter todo o corpo apoiado. Como bebé mais crescido deve ter pelo menos a cabeça e ombros apoiados



Posições para Gémeos

Sinais de Pega Correta

- ☐ Boca bem aberta
- ☐ Bochechas arredondadas, sem covinhas
- ☐ Lábio inferior virado para fora
- ☐ Queixo encostado à mama e nariz afastado
- ☐ Mais aréola visível acima da boca do bebé do que abaixo

Como saber se a amamentação está a correr bem?

É evidenciada por diferentes indicadores: peso, vitalidade, reflexos e os seus chichis e cocós

Um bebé que faz uma boa pega e extrai bem o leite tem vários chichis e cocós

O leite materno tem propriedades laxantes, tem pré e probióticos que ajudam o intestino do bebé a funcionar melhor

a partir do 3º dia deve ter em média cerca de 6 chichis por dia

Pode surgir umas manchinhas alaranjadas chamadas de cristais de urato (isto é sinal de alarme)

O cocó do bebé chama-se meconónio e é mais preto

chichis ou cocós com presença de sangue é sinal de alarme, devendo ser reportado aos profissionais de saúde

conforme os constituintes do leite evoluem o cocó muda

cor mais esverdeada, como se fosse esparregado e depois cor amarelada, tipo mostarda

O leite materno ajusta-se perfeitamente às necessidades do bebé e o colostro, mesmo em pequenas quantidades, é suficiente nos primeiros dias

1º dia	3º dia	1º mês	1ª semana
5 - 7 ml	22 - 27 ml	45 - 60 ml	80 - 150 ml

Evolução do estômago do bebé

FUNDAMENTOS DA MÃE QUE AMAMENTA

Reforçar a hidratação e o consumo de alimentos saudáveis

Descansar o máximo que conseguir

Evitar o stress

Confiar no processo e nunca ter receio de pedir ajuda

Demanda Livre

O acesso livre à maminha vai permitir que a produção do leite se ajuste ao ritmo das necessidades do bebé e o estímulo da sucção que vai avisar o corpo da mãe que é necessário produzir mais leite. Ainda que o bebé passe por por aquela fase em que fica mais dorminhoco é importante manter um padrão regular (não deixar ultrapassar as 3/4h) e estar atento aos sinais de fome do bebé

- Sinais Precoces**
- mexe a cabeça para os lados à procura
 - deita a língua de fora
 - tenta sugar nas mãos ou objetos próximos
- Sinais Tardios**
- choro

APÓS SEREM ALIMENTADOS É NORMAL UM BEBÉ BOLÇAR ?

situação comum no bebé pode ocorrer devido à imaturidade gastrointestinal

- DICAS**
- ☐ Durante a mamada coloque o bebé numa posição mais vertical
 - ☐ Evitar fazer movimentos muito bruscos após o momento da alimentação
 - ☐ Colocar o bebé a arrotar mais vezes (durante e depois de amamentar)

Nem sempre o bebé arrota logo imediatamente a seguir à amamentação, por vezes só quando se vai mudar a fralda, isto acontece pela diferença de posição que faz o ar movimentar e sair

Se o bebé fizer uma boa pega e não ingerir ar durante a amamentação ou do choro - pode não arrotar

DUAS FORMAS DE COLOCAR O BEBÉ À ARROTAR:

Cólicas

processo comum nos bebés que surge na 1ª - 2ª semana de vida e pode ir até aos 3 - 4 meses de vida tem como principal causa a imaturidade do sistema digestivo do bebé: gera gases que são desconfortáveis

RECOMENDAÇÕES

- O contacto pele a pele ajuda a acalmar-se, ao sentir o cheiro e ao ouvir o coração da mãe/pai
- Antes de dar de mamar ou depois do banho, pode fazer uma pequena massagem na barriga com movimentos circulares (no sentido dos ponteiros do relógio)
- Pode levantar as pernas do bebé em direção à barriga (com movimentos como se fosse andar de bicicleta)
- Colocar mais vezes o bebé a arrotar e evitar que engula tanto ar, corrigindo a pega
- Colocar o bebé no colo de barriga para baixo sob seu antebraço e massajar a barriga dele, para facilitar a saída de gases e promover o conforto
- Pode diminuir a frequência de ingestão de alimentos que provocam gases, mantendo sempre uma alimentação saudável e equilibrada

Descida do Leite

Pode acontecer entre o 3º e o 5º dia após o parto, onde ocorre um aumento do fluxo de produção de leite

pode ficar subfebril e ter alguns tremores no corpo as mamas ficam mais cheias, quentes e tensas, e até pode sentir algum formigueiro

Pode ser desconfortável

Melhor ajuda: o bebé com uma boa pega e que esteja a mamar bem vai ajudar a escoar o leite em excesso

Enquanto amamenta sair leite na outra mama, pode aproveitar esse leite através de um copo coleto

Ter dificuldade em adaptar o bebé à mama por estar muito tensa, pode massajar um bocado para que a aréola fique mais mole e fácil de colocar na boca do bebé

Não deve: Usar bombas de extração de leite quanto mais extrair maior a produção e ficará com a mama mais tensa e dolorosa. Aumentar os intervalos entre as mamadas se acontecer, direne com a mão para ficar mais confortável

Pode: Aplicar frio após a mamada é uma boa opção para aliviar a dor sendo o frio analgésico e anti-inflamatório

Mamilos Macerados/Fissuras mamilares

Principais causas: pega incorrecta e mau posicionamento do bebé em relação à mama

É mais frequente nos primeiros dias de vida do bebé e a dor é mais intensa quando este começa a mamar, diminui durante a mamada e desaparece quando o bebé deixa a mama

COMO PREVENIR E TRATAR

- ☐ Aconselhamento sobre a posição do bebé durante a amamentação e a pega correta na mama
- ☐ Se a mãe sentir dor durante a mamada, retirar o bebé e voltar a fazer a pega
- ☐ Descartar sempre as deformações da cavidade oral do bebé (como o freio curto)
- ☐ Evitar limpar as mamas (para além da higiene diária habitual) ou usar produtos potencialmente irritativos
- ☐ Após a mamada aplicar umas gotas de leite materno sobre os mamilos
- ☐ Deixar secar os mamilos ao ar livre após as mamadas
- ☐ Pode aplicar lanolina 100% pura 3 a 4x ao dia (quantidade equivalente a um bago de arroz) após a aplicação de leite materno (não necessita de o remover antes da amamentação)
- ☐ Iniciar a amamentação pelo mamilo menos doloroso e realizar mamadas mais frequentes
- ☐ Pode fazer uma pausa na amamentação, mas deve manter a extração de forma manual no mesmo horário das mamadas, e oferecer o leite extraído por copo ou colher
- ☐ Pode utilizar discos de hidrogel ou protetores de mamilos, por pequenos períodos para alívio dos sintomas

Mastite

INFLAMATÓRIA inflamação da glândula mamária por estreitamento de um ducto

BACTERIANA representa um agravamento da mastite inflamatória, onde há presença de bactérias e é necessário antibióticos ou probióticos para resolver

Provoca: febre, calafrios, mau-estar, zona da mama cada vez mais inchada, endurecida, dolorosa e avermelhada

A amamentação deve ser mantida durante o episódio de mastite

COMO PREVENIR E TRATAR

- ☐ Alimentar o bebé em livre demanda, sem objetivo de "esvaziar" os seios, pois quanto maior a remoção do leite maior a produção
- ☐ Reduzir o uso de bomba extratora
- ☐ Evitar o uso de mamilos de silicone, uma vez que resultam numa extração de leite inadequada
- ☐ Evitar massagem profunda da mama, pode causar aumento da inflamação, apenas compressões suaves durante a amamentação para ajudar a drenar a zona mais afetada
- ☐ Vestir um sutiã de tamanho correto com suporte adequado
- ☐ Reduzir inflamação e dor, através da aplicação de gelo (nunca diretamente) após a amamentação e a toma anti-inflamatórios não esteróides e paracetamol
- ☐ Promover uma boa hidratação oral e o repouso
- ☐ Uso de antibióticos apenas para mastite bacteriana e sob indicação médica

Extração de Leite na Amamentação

- ☐ Quando tem as mamas muito cheias e desconfortáveis
- ☐ Para suplementar o bebé após a mamada como forma de garantir maior aporte nutricional
- ☐ Para aumentar a produção de leite
- ☐ Se precisar de estar longe do bebé durante algumas horas
- ☐ Para o regresso ao trabalho

MÉTODOS DE EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO

- RECOMENDAÇÕES** para qualquer que seja o método selecionado
- Lavar bem as mãos e procurar um lugar sossegado onde esteja confortável e descontraída
 - Ter o bebé perto ou olhar para uma fotografia dele
 - Fazer uma massagem suave na mama, com movimentos circulares da base em direção à aréola, para ajudar o leite a fluir
 - Os recipientes/dispositivos de alimentação utilizados para tirar leite e/ou alimentar o bebé devem ser desmontados e limpos com água quente e sabão e ficar bem secos depois de cada utilização. Não precisam de ser esterilizados para um bebé saudável

EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE

1. Massajar a mama com movimentos circulares/ "pentear" a mama de cima para baixo
2. Com o polegar e o indicador fazer um "C" no limite da areola, fazer pressão em direção à caixa torácica e posteriormente comprimir os dois dedos juntos em direção ao mamilo, sem os mover na pele

NOTAS

- Não deve doer e pode demorar ½ minutos até o leite começar a sair
- Extrair leite de forma eficaz pode levar +/- 20-30 minutos em cada mama, principalmente nos primeiros dias
- Alternar as mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite
- A quantidade de leite a cada extração pode variar. **não se deve avaliar a produção de leite pela quantidade extraída**

Conservação do Leite Materno

RECOMENDAÇÕES

- Nunca juntar leite materno acabado de extrair (morno) ao leite materno já frio ou congelado
- Não encher os recipientes de armazenamento de leite humano até ao topo de forma a permitir a expansão do leite durante o congelamento
- Identificar os recipientes com a data da extração
- Não aquecer o leite no microondas
- Não aquecer o leite acima dos 40°C, promove a destruição das proteínas e dos fatores imunológicos do leite
- Não voltar a congelar leite que já foi descongelado
- Utilizar primeiro o leite fresco disponível ao leite congelado

LEITE RECÉM-EXTRAÍDO (FRESCO) À temperatura ambiente (se <25 °C) → **6/8 horas**

LEITE REFRIGERADO Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (4/10 °C) → **3/5 dias**
Se temperatura > 5°C - após o 3.º dia consumir

○ Não colocar na porta do frigorífico pelas oscilações de temperatura Fundo 1.ª prateleira do frigorífico (0/4 °C) → **8 dias**

LEITE CONGELADO No congelador (dentro do frigorífico) → **2 semanas**
 No congelador (separado, tipo combi) → **3/6 meses**
 Na arca frigorífica (-19°C ou - baixo) → **+ 6 meses**

DESCONGELAÇÃO DO LEITE
 Descongelado dentro do frigorífico → **12/24 horas**
 Descongelado fora do frigorífico → **consumir imediato**

Cuidados ao Recém-Nascido

Banho

- O primeiro banho deve ser dado depois das 12h-24h de vida, uma vez que os bebês nascem com uma camada protetora (protege a pele e previne a saída de calor) - **vérnix**
- Não precisa ser dado todos os dias e o **momento do dia** para dar o banho **depende** do impacto do banho no bebé
 - após o banho ficam relaxados → **banho no final do dia - Rotina da Noite**
 - após o banho ficam excitados e cheios de energia → **antecipar o banho para o período diurno**

quando definido a melhor hora, manter essa hora nos dias do banho → **bebês gostam de rotina**

- A **duração** do banho deve ser **curta**, serve apenas para higiene e relaxamento
- A temperatura da água deve rondar os 36/37°C (pode testar com a face interna do pulso ou conferir com termómetro)
- Na banheira tradicional, a quantidade de água a encher corresponde a 4 dedos
- Escolher um espaço calmo, temperatura ambiente (20-24°C) e com todo o material logo disponível e junto de si: Toalha, Roupa a vestir, Fralda, Gel de banho e Creme corporal hidratante
- Antes de começar a dar o banho, ter tudo pronto. Nunca deixar o bebé sozinho em superfícies altas ou banheira
- Quando despir o bebé fazer logo a higiene íntima na presença de xixi ou cocó, antes de colocar na banheira
- **Segurar bem o bebé:** deve apoiar a cabeça no antebraço não dominante e com dois dedos em forma de pinça na axila do bebé
- Começar por lavar a cara, pelo que água não deve ter nenhum produto de higiene
- Adicionar gel lavante à água e lavar restante corpo (diluir sempre o gel com a água), não precisa esfregar com força ou usar esponja, pode usar a sua mão para lavar
- As toalhas de bebé normalmente têm capuz, que deve ser logo colocado, secando todo o corpo da cabeça aos pés, não esquecer o interior das mãos e as preguinhas

Escolher produtos da mesma gama (com pH adequado à pele do bebé e sem cheiro) Se o bebé fizer alergia já sabe que gama evitar. Não colocar creme na face e nas mãos do bebé pois ele terá tendência para as levar à boca

Pode usar soro fisiológico para a limpeza dos olhos (na presença de sujidade) → fazer um triângulo com uma compressa e limpar de cima para baixo → **Não repetir a compressa**

Limpeza do Coto Umbilical

O aspeto do coto evolui de gelatinoso e branco para seco e mais escuro (mumificado)

↓

Pode cair entre o 4.º e o 15.º dia

É muito importante limpar, não ter receio, uma vez que não provoca dor ao bebé

Além de limpar, deve **SECAR MUITO BEM** (incluindo a mola), pode usar uma compressa seca. Após a queda continuar a limpar

! Na presença de pus, mau cheiro e/ou pele vermelha reportar aos profissionais de saúde

Mudança das Fraldas

- Trocar a fralda sempre que sentir que tem muito xixi ou na presença de cocó trocar logo, alguns bebês ficam muito incomodados e dão logo sinal, outros nem por isso, aí convém ir investigar
- A higiene deve ser feita no sentido do órgão genital para o ânus (de frente para trás), de modo a não arrastar microrganismos das fezes para a parte de uretra
- Não voltar a usar o lado da toalhita/compressa que está sujo
- Enquanto existir o coto umbilical fechar a fralda com este por fora

MENINOS

○ Não esquecer de levantar o escroto (pode ficar fezes escondidas)

○ Quando fechar a fralda colocar a pilhinha para baixo

MENINAS

○ Pode sair um corrimento vaginal

○ Lábios vaginais mais vermelhos e inchados (relacionado com as hormonas)

Alterações na Pele

Eritema tóxico neonatal: Erupção cutânea, avermelhada e saliente

Milia: pequenos pontos brancos no nariz

Pele a escamar: alteração normal no 1.º mês, não é sinal de desidratação

Acne neonatal: semelhante ao acne adolescente surge entre 2 a 4 semanas após o nascimento

ICTERICIA: caracterizada pela cor amarelada na pele e nos olhos do bebé surge na 1.ª semana e desaparece entre o 10.º - 14.º dia

Desaparecem com o tempo e não necessitam tratamento

Prevenção: Diminuir intervalos das mamadas. Expor o bebé à luz solar **não** direta para ajudar a normalizar a coloração da pele

Acalmar o Bebê - Técnica dos 5 S

Swaddle como fazer → Emburhar o bebé numa mantinha para lhe dar a sensação de segurança e conforto que tinha no útero

Side Position Colocar o bebé de lado ou com a barriga para baixo apoiado no seu antebraço (nunca esquecer de suportar a cabeça)

Shush Faça o som "shhhh" (ruído que ouvia dentro do útero) perto do ouvido do bebé, com um volume semelhante ao do seu choro

Swing Embalar o bebé com movimentos suaves mas rápidos, sem nunca sacudir o bebé

Suck O movimento de sucção é relaxante e reconfortante para os bebês

Transporte e Segurança

Nenhum recém-nascido pode sair da maternidade sem estar devidamente colocado num **ovinho ou cadeira de transporte**, sendo esta a forma mais **segura** de transportar o bebé no carro

! atenção aos objetos em **segunda mão**: muitas vezes já sofreram algum acidente ou apresentam muito desgaste e **não garantem a sua capacidade máxima de proteção**

RECOMENDAÇÕES

- Devem ser adequados à idade, estatura e peso do bebé e ser testados no carro, com sistema de cintos (3 apoios) ou base isofix
- Deve ser colocado sempre em contra marcha e de preferência no lugar atrás do passageiro → **obrigatório** até aos 15 meses → **recomendado** até aos 4 anos
- Se tiver que colocar o ovo no banco da frente, deve ir contra marcha e deve também **desligar o airbag**
- O bebé de ser posto no ovo garantindo que o pescoço, a cabeça e as costas estão bem protegidos e apoiados. **evitar uso de casacos** → impede a colocação correta do arnés e promove o **sobreaquecimento**
- Apertar o arnés passando pelos ombros e entre as pernas do bebé, deve se conseguir pôr apenas um dedo entre o ombro e as fitas do arnés → **muito largo aumenta a probabilidade de ser projetado**
- **Evitar ao máximo colocar fraldas ou panos por cima do ovo** → efeito estufa e leva ao **sobreaquecimento**
- Não se deve deixar o bebé no ovo mais do que **duas horas**. Se for fazer viagens grandes fazer paragens e retirar o bebé
- Não devem usar o ovo de forma rotineira, sem ser nas deslocções de carro
- Para mais informações sobre segurança infantil pode consultar <https://www.apsi.org.pt/>



Sinais de Alerta

MÃE

- ⊗ Perdas de sangue vaginal intensa
- ⊗ Dor que não cede à analgesia
- ⊗ Respiração difícil
- ⊗ Febre
- ⊗ Dores de cabeça fortes
- ⊗ Alterações da visão
- ⊗ Região mamária muito dolorosa, vermelha, inchada e quente
- ⊗ Dificuldade em urinar
- ⊗ Suturas (períneo/abdominal) com sinais de infeção

RECÉM-NASCIDO

- ⊗ Respiração acelerada/difícil
- ⊗ Febre
- ⊗ Menos actividade do que o normal
- ⊗ Sangue/muco nas fezes
- ⊗ Falta de apetite/vómitos/diarreia
- ⊗ Pele amarelada/pálida

Consultas Mãe + Bebê

- ⊗ Consulta médica de Revisão Pós-Parto (4º-6ª semana)
- ⊗ Consulta Pediatra/Médico de Família nos primeiros 15 dias
- ⊗ No primeiro mês pesar o bebê 1x semana
(sempre na mesma balança)

Teste do Pézinho: 3º - 6º dia de vida

Deve cumprir esquema vacinal promovido pelo Plano Nacional de Vacinação (PNV)

Cantinho da Amamentação

Localização: Hall Central Piso 2

Horário: Todos os dias das 9h - 17h

Contacto: +351 965 959 554

É atendida por **Conselheiras em Aleitamento Materno (CAM)**, disponíveis para ajudar e fornecer a informação necessária para ultrapassar as dificuldades e prevenir problemas

Registo do Nascimento


O registo do bebê deve ser feito o mais rápido possível para que possa ficar inscrito no Centro de Saúde O registo de nascimento é **gratuito e obrigatório** (prazo limite 20 dias)

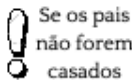
Pode ser feito:

Conservatória
Segurança Social
Online

Precisa de ter

Comprovativo de nascimento emitido pelo hospital;
Chave Móvel Digital (CMD) - precisa dos pins, ou Cartão de Cidadão - precisa de leitor de cartões.

- 1 Aceda a justica.gov.pt 
- 2 Pesquise "Nascimento"
- 3 Autenticar com a Chave Móvel Digital ou com Cartão de Cidadão
- 4 Preencher a declaração de nascimento online e anexar o comprovativo do nascimento emitido pela maternidade
- 5 Submeta o pedido



Se os pais não forem casados

Um dos pais preenche o formulário;
O outro receberá um e-mail com um link para confirmar a informação. Tem de autenticar com a CMD ou com o CC.

Mais informação disponível em:

justica.gov.pt/Guias/Guia-como-pedir-online-o-registo-de-nascimento-e-o-primeiro-Cartao-de-Cidadao-de-um-recem-nascido
justica.gov.pt/Guias/como-pedir-e-usar-a-chave-movel-digital

Trabalho elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: AEEESMO Inês Atanásio
Supervisoras Clínicas: Enª Andrea Gonçalves; Enª Isabel Guerreiro
Orientadora: PhD Otilia Zangão



Referências Bibliográficas

Apêndice F – Formação em Serviço “Pré-Eclâmpsia: Aplicação do Protocolo”



Pré-Eclâmpsia: Aplicação de Protocolo

**CURSO DE Mestrado em
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Unidade Curricular:
Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final – Bloco de Partos

Mestranda:
Enf^ª Inês Atanásio

Colaboração: Enf^ª Débora Mascote

Supervisora Clínica:
Enf^ª Bárbara Lírio
Enf^ª Nilza Neves

Orientadora:
PhD Otilia Zangão



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abalos, E., Cuesta, C., Grosso, A. L., Chou, D., & Say, L. (2013). Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 170(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.005>

ACOG. (2020). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstetrics and Gynecology*, 135(6). <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003892>

Barra, S., Cachulo, M. do C., Providência, R., & Leitão-Marques, A. (2012). Hipertensão arterial na grávida: O atual estado da arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(6), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.rpc.2012.04.006>

Chappell, L. C., Cluvey, C. A., Kingdon, J., & Tong, S. (2021). Pre-eclampsia. *The Lancet*, 398(10297), 341–354. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32335-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32335-7)

Coad, J., Pedley, K., & Dunstall, M. (2019). *Anatomy and Physiology for Midwives (4th)*. Elsevier.

Cunha, V., & Silva, P. M. da. (2022). Hipertensão Arterial na Mulher Grávida. *Medicina Interna*, 29(3), Art. 3. <https://doi.org/10.24950/rspmi.537>

Ferreira, M. B. G., Silveira, C. F., Silva, S. R. da, Souza, D. J. de, & Ruiz, M. T. (2016). Assistência de enfermagem a mulheres com pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 0324–0334. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200020>

Ives, C. W., Sinkov, R., Rajapreyar, I., Tita, A. T. N., & Oparil, S. (2020). Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology*, 76(14), 1690–1702. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.08.014>

Martins-Costa, S. H., Ramos, J. G. L., Magalhães, J. A., Passos, E. P., & Freitas, F. (2017). *Rotinas em Obstetrícia (7^ª)*. Artmed Editora.

Mateus, A., & Edral, A. (2021). *Hipertensão Gestacional, Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia (Protocolo n.º 4)*. Medicina Materno-Fetal - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; Protocolo de Orientação Clínica de MWFP.

NICE (2023). *Hypertension in pregnancy: Diagnosis and management (NICE Guideline, No. 133)*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>

Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 2(6), e323–333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)



**Agradeço pela atenção
de todos!**

Apêndice G – Apresentação “Trabalho de Parto em Contextos Multiculturais: Desafios e Boas Práticas”



Referências Bibliográficas

- ❑ ACOG. (2018). Importance of Social Determinants of Health and Cultural Awareness in the Delivery of Reproductive Health Care. *ACOG Committee Opinion*, 131(1), e43–e48.
- ❑ CIDOB & Migration Policy Group. (2020). *Migrant Integration Policy Index (MIPEX)*. <https://www.mipex.eu/>
- ❑ Ngotie, T. K., Kaura, D. K. M., & Mash, B. (2024). Exploring women’s experiences with cultural practices during pregnancy and birth in Keiyo, Kenya: A phenomenological study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 20, 100701. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100701>
- ❑ Oliveira, C. (2021). *Indicadores de Integração de Imigrantes* (1.a ed., Vol. 6). Alto Comissariado para as Migrações.
- ❑ Oliveira, C. (2023). *Indicadores de Integração de Imigrantes 2023*. Observatório das Migrações, ACM, I.P.
- ❑ PORDATA. (2024). Nados-vivos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe. <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512>
- ❑ Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (s.d.). *População estrangeira residente em Portugal por distrito*. SEFSTAT – Portal de Estatística. <https://sefstat.sef.pt/forms/distritos.aspx>
- ❑ Supimpa, L. S., Souza, S. R. R. K. D., Prandini, N. R., Andreatta, D., Trigueiro, T. H., & Paviani, B. A. (2023).
- ❑ Travancas, L. J., & Vargens, O. M. da C. (2020). Fatores geradores do medo do parto: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e96–e96. <https://doi.org/10.5902/2179769241385>

Apêndice H – Síntese da análise de artigos incluídos na revisão da literatura

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INTEGRADOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

Título Autores (Anos)	Tipo de Estudo/Nível Evidência	Objetivos	Principais Resultados
<i>A1. What matters to migrant women during labor and birth: Chinese mothers' experiences in Switzerland</i> (Cai et al., 2024)	Estudo qualitativo primário Entrevistas semiestruturadas. Aplicado a 14 mães chinesas migrantes e 13 familiares. Classificação: Nível 2	Avaliar as experiências de parto de mães chinesas migrantes na Suíça e identificar as suas necessidades de cuidados intraparto.	Salienta-se três temas principais: Sentido de segurança: Preferência por hospitais universitários pela percepção de maior segurança; ansiedade relacionada com critérios de admissão. Cuidados intraparto: Valorização da analgesia (farmacológica e não farmacológica); elevada taxa de intervenções (oxitocina, episiotomia, partos instrumentais); cesarianas de emergência associadas a experiências traumáticas; presença do parceiro como fator protetor. Necessidades pós-parto: Lacunas no apoio à amamentação e vínculo mãe-bebé; dificuldades acrescidas após cesariana; ausência de familiares e falta de cuidados culturalmente sensíveis. Conclusão: barreiras linguísticas e culturais influenciam negativamente a experiência; necessidade de cuidados culturalmente adaptados.
<i>A2. Experiences of childbirth care among immigrant and non-immigrant women: a cross-sectional questionnaire study from a hospital in Norway</i> (Reppen et al., 2023)	Estudo quantitativo observacional transversal Aplicado questionário (com 8 idiomas) a 680 mulheres (153 imigrantes e 527 não imigrantes) Classificação: Nível 3	Investigar as experiências de mulheres imigrantes e não imigrantes relativamente aos cuidados durante o parto, avaliando duas dimensões: Qualidade percebida dos cuidados e Satisfação das necessidades de saúde durante o parto	91,5% das mulheres avaliaram a qualidade dos cuidados como alta. 26,6% relataram necessidades de saúde não atendidas durante o parto. Mulheres imigrantes multíparas apresentaram maior probabilidade de relatar necessidades não atendidas. Fatores como tempo de residência, parceiro norueguês ou proficiência linguística não influenciaram
<i>A3. Challenges and barriers to optimal maternity care for recently migrated women - a mixed-method study in Norway</i> (Bains et al., 2021)	Estudo misto (mixed-method) Abordagem qualitativa: 20 entrevistas com mulheres migrantes e 7 entrevistas com parteiras. Abordagem quantitativa: questionário estruturado aplicado a 401 mulheres no pós-parto. Classificação: Nível 2	Identificar desafios e barreiras enfrentadas por mulheres recentemente migradas (≤ 5 anos) no acesso e utilização dos serviços de saúde materna na Noruega.	Salienta-se quatro temas principais: Acesso ao sistema de saúde: 46,1% relataram dificuldades (falta de informação, burocracia, desconhecimento dos direitos). Barreiras linguísticas: 27,9% relataram dificuldades; 63,3% afirmaram que entenderiam melhor se a informação fosse em outro idioma. Fatores psicossociais e estruturais: isolamento social, dificuldades financeiras, transporte, falta de apoio familiar. Expectativas de cuidados: conflitos culturais (ex.: práticas pós-parto, número de acompanhantes, preferência por profissionais do sexo feminino). 83,6% iniciaram cuidados pré-natais até 12 semanas, mas houve casos de início tardio, especialmente entre indocumentadas. Conclusão: Barreiras combinam fatores individuais, estruturais e institucionais. É recomendado: melhor informação sobre o sistema de saúde; uso adequado de intérpretes; apoio psicossocial; e formação em competência intercultural para profissionais.

<p>A4. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review (Fair et al., 2020)</p>	<p>Revisão sistemática qualitativa</p> <p>Sintetizar evidências qualitativas sobre as experiências de mulheres migrantes relativamente à gravidez, parto e cuidados de maternidade em países europeus.</p> <p>Foram incluídos 51 artigos (47 estudos) publicados entre 2007 e 2017, realizados em 14 países europeus, envolvendo 1330 mulheres migrantes.</p> <p>Classificação: Nível 1</p>	<p>Fornecer evidências atualizadas sobre as experiências de mulheres migrantes em relação aos cuidados maternos.</p>	<p>Principais resultados:</p> <p>Acesso aos cuidados: Barreiras no acesso, falta de informação sobre direitos, custos, medo de deportação;</p> <p>Barreiras linguísticas, falta de intérpretes, necessidades informativas não atendidas, expectativas diferentes sobre cuidados.</p> <p>Experiências de preconceito, falta de sensibilidade cultural, impacto da atitude dos profissionais; valorização da continuidade e relação de confiança.</p> <p>Dificuldades financeiras, habitação precária, isolamento social, experiências traumáticas prévias, falta de apoio familiar.</p> <p>Conclusão: Necessidade de cuidados culturalmente competentes, conscientes da complexidade da migração. Recomenda-se uso sistemático de intérpretes, formação em competência cultural e modelos de cuidados centrados na pessoa.</p>
<p>A5. Cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante na gestação e parto: experiências e vulnerabilidades (Zarth et al., 2024)</p>	<p>Estudo Qualitativo Exploratório</p> <p>Realizado na cidade de Foz do Iguaçu, Brasil, Aplicadas entrevistas a 8 puérperas e 18 enfermeiros</p> <p>Classificação: Nível 2</p>	<p>Compreender as experiências e as vulnerabilidades relacionadas ao cuidado transcultural de enfermagem à mulher imigrante durante a gravidez e o parto.</p>	<p>Salientam-se duas temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Experiências, vulnerabilidades e aculturação: dificuldades económicas, trabalho precário, gravidez não planeada, barreiras linguísticas, isolamento social, falta de rede de apoio, impacto da pandemia de COVID-19. E as diferenças culturais, como a amamentação em público, práticas religiosas e crenças sobre cuidados com o bebé. Cuidado transcultural e vulnerabilidades nos serviços: Acesso facilitado aos serviços no Brasil (comparado ao país de origem), valorização do saber profissional. Falta de curiosidade dos profissionais sobre práticas culturais das imigrantes. Necessidade de empatia, comunicação clara e respeito às crenças. <p>Conclusão: a vulnerabilidade das imigrantes está relacionada com as dimensões sociais (condições económicas, rede de apoio) e com a organização dos serviços. Recomenda-se a capacitação cultural dos profissionais, protocolos específicos e políticas públicas que considerem diversidade cultural.</p>

<p>A6. Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project (Fair et al., 2021)</p>	<p>Estudo de métodos mistos (mixed-method)</p> <p>Entrevistas semiestruturadas para avaliar a eficácia do ensino sobre competência cultural nos enfermeiros parteiros. Aplicados questionários antes e depois dos ensinamentos a 35 enfermeiras parteiras em três países europeus (Grécia, Holanda e Reino Unido) Entrevistas a 12 enfermeiras para explorar as suas experiências ao cuidar de mulheres migrantes.</p> <p>Classificação: Nível 2</p>	<p>Avaliar o impacto que a aquisição e prática da competência cultural têm sobre os enfermeiros parteiros, nomeadamente nas suas atitudes, habilidades e conhecimentos durante a prestação de cuidados maternos. Este estudo, ainda procura explorar as experiências dos enfermeiros parteiros no cuidado a mulheres migrantes</p>	<p>A formação foi considerada relevante e aplicável, destacando-se as simulações e o foco no cuidado compassivo e informado pelo trauma. As parteiras relataram ganhos práticos, mas apontaram lacunas, como necessidade de conteúdos mais aprofundados (ex.: aspetos legais e condições de vida). O modelo ORAMMA, com apoio de Maternity Peer Supporters (MPS), facilitou a comunicação, a continuidade e o acesso ao sistema. Contudo, a eficácia variou conforme a relação mulher, sendo necessário clarificar papéis, iniciar o apoio mais cedo e garantir mais tempo de consulta, sobretudo quando existem barreiras linguísticas. A falta de tempo e o grande volume de trabalho traduzem a maior dificuldade na implementação de cuidados mais individualizados e culturalmente adaptados.</p> <p>Conclusão: A formação ORAMMA aumentou o conhecimento, as competências e a autoeficácia cultural das parteiras em três países europeus. O modelo de cuidados foi bem recebido, mas persistem lacunas, como a definição clara do papel das apoiantes pares e a necessidade de mais tempo para avaliar as necessidades psicossociais. São necessários estudos de maior escala para avaliar o impacto em desfechos clínicos.</p>
<p>A7. Midwives' communication with non-Swedish-speaking women giving birth: A survey from a multicultural setting in Sweden (Akselsson et al., 2022)</p>	<p>Estudo quantitativo descritivo</p> <p>Aplicado um questionário a 46 enfermeiras parteiras que trabalham num hospital na Suécia (apenas 32 responderam).</p> <p>Classificação: Nível 4</p>	<p>Investigar as experiências das enfermeiras parteiras suecas na comunicação e prestação de cuidados a mulheres que não falam sueco durante o parto.</p>	<p>Como principais resultados salienta-se: Dificuldade na comunicação: 97% das parteiras consideraram difícil ou muito difícil comunicar e dar suporte a mulheres não falantes de sueco durante o parto. Uso de intérpretes: Todas consideraram que intérpretes profissionais deveriam ser usados. Na qual 47% preferem intérprete presencial e 31% por telefone. Em relação à qualidade do trabalho dos intérpretes: boa (62%) ou muito boa (35%). O recurso mais usado foi parente adulto da paciente (83% sempre/ frequentemente), apesar de não ser recomendado. Intérprete por telefone usado sempre/ frequentemente por 35%. Como sugestões de melhoria: aumentar disponibilidade de intérpretes (69%); ampliar número de idiomas (25%); ter intérprete árabe no hospital, acesso 24h, e diretrizes claras sobre uso de intérpretes; e cooperação com doulas bilíngues comunitárias para apoio físico, emocional e comunicação.</p> <p>Conclusão: Barreiras linguísticas comprometem a segurança, a equidade e a qualidade do cuidado. É necessário investir em intérpretes profissionais acessíveis, formação para uso adequado e estratégias complementares.</p>

<p>A8. Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region (Costa et al., 2022)</p>	<p>Estudo observacional transversal</p> <p>Aplicado um questionário anónimo e online distribuído entre março de 2020 e outubro de 2021, abrangendo mulheres migrantes e não migrantes que tiveram um filho nos 11 países da Região Europeia da Organização Mundial de Saúde. O estudo envolveu 1781 mulheres migrantes e 20.653 mulheres não migrantes.</p> <p>Classificação: Nível 4</p>	<p>Avaliar a perceção da qualidade dos cuidados maternos e neonatais (QMNC) durante o parto entre mulheres migrantes e não migrantes em 11 países da Europa durante a pandemia de COVID-19.</p>	<p>As principais diferenças encontradas entre migrantes vs não migrantes:</p> <p>Maior dificuldade nas consultas pré-natais (41,2% vs 39,4%).</p> <p>Mais barreiras no acesso às unidades (32,9% vs 29,9%).</p> <p>Maior falta de cuidados atempados (14,7% vs 13%).</p> <p>Maior perceção de abuso físico/verbal/emocional (14,5% vs 12,7%).</p> <p>Maior restrição para permanecer com o bebé (7,8% vs 6,9%).</p> <p>Maior insatisfação com conforto e número de mulheres por quarto.</p> <p>Após cesariana, mais probabilidade de não receber analgesia (16,8% vs 13,5%).</p> <p>Migrantes reportaram pior QMNC em Portugal, Eslovénia e Suécia e melhor QMNC em Luxemburgo.</p> <p>Conclusão: Lacunas na qualidade dos cuidados foram reportadas por todas as mulheres, indicando necessidade de melhorias gerais.</p> <p>Migrantes enfrentam barreiras adicionais (acesso, comunicação, respeito).</p>
--	---	---	---

Apêndice I – Consentimento Informado para Analgesia Epidural (Hindi e Nepali)



सूचित, स्वतंत्र और स्पष्ट सहमति (HINDI)

कृपया इस दस्तावेज़ की संपूर्ण सामग्री को ध्यानपूर्वक पढ़ें।
यदि आपको पूरी जानकारी नहीं है तो अधिक जानकारी मांगने में संकोच न करें।

नैदानिक स्थिति का निदान और/या विवरण
प्रसव के लिए एपिडूरल/अनुक्रमिक एनाल्जेसिया

कार्य/हस्तक्षेप का विवरण

इसमें रीढ़ की हड्डी के कशेरुकाओं के बीच की जगह में सुई या कैथेटर का उपयोग करके दवा दी जाती है। यह एसेप्टिक तकनीक गर्भवती महिला को स्थानीय एनेस्थीसिया के तहत बैठकर या करवट लेकर लेटकर की जाती है, और उसका सहयोग आवश्यक है। यदि कोई मतभेद न हों, तो संभावित सिजेरियन सेक्शन में इसका उपयोग किया जा सकता है।

फायदे

यह अधिकांश गर्भवती महिलाओं को प्रसव के दौरान दर्द से राहत प्रदान करता है।

जोखिम

आवृत्ति	संभावित जटिलताएँ
बहुत आम (1/10) और सामान्य (1/100)	स्वतःचाप में अचानक गिरावट, मतली, उल्टी, चक्कर आना, कंपकंपी, सिरदर्द/पीठ दर्द, मूत्र संबंधी समस्याएँ, खुजली, त्वचा के नीचे चोट लगना
असामान्य (1/1000)	श्वसन विफलता, पहले से मौजूद बीमारियों का बिगड़ना
बहुत दुर्लभ (1/10,000 से 1/100,000)	तंत्रिका संबंधी क्षति, तीव्र रोगलन, स्ट्रोक, दवाओं से गंभीर एलर्जी, मेनिन्जाइटिस, फोड़ा, स्थानीय संक्रमण, अतालता, हृदय-श्वसन अवरोध, उपकरण विफलता, मृत्यु

विश्वसनीय वैकल्पिक अधिनियम/हस्तक्षेप
अंतःशिरा दर्दनाशक

उपचार न कराने के जोखिम
लागू नहीं

स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर द्वारा पूरा किया जाना है (A ser preenchido pelo Profissional de Saúde):

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome elegível do Profissional de Saúde	Número de Cédula Profissional
Data	Assinatura:

सहमति देने वाले व्यक्ति या प्रतिनिधि द्वारा पूरा किया जाना है:

मैं घोषणा करता/करती हूँ कि मुझे जो प्रस्ताव दिया गया था और इस दस्तावेज़ पर हस्ताक्षर करने वाले स्वास्थ्य पेशेवर ने जो समझाया था, उसके उद्देश्यों को मैंने समझ लिया है, मुझे इस विषय पर सभी प्रश्न पूछने का अवसर दिया गया है और मुझे उन सभी के स्पष्ट उत्तर प्राप्त हुए हैं, मुझे आश्वासन दिया गया है कि यदि मैं इस अनुरोध को अस्वीकार करता/करती हूँ तो मेरे स्वास्थ्य देखभाल अधिकारों को कोई नुकसान नहीं होगा, और मुझे इस प्रस्ताव पर विचार करने के लिए पर्याप्त समय दिया गया है।

इसलिए, मैं **अधिकृत करता हूँ** इस दस्तावेज़ में मुझे बताई गई और निर्धारित शर्तों के तहत संकेतित कार्य के निष्पादन को।

नाम: _____
हस्ताक्षर: _____ दिनांक: _____

यदि आप आयु या विकलांगता के कारण हस्ताक्षर नहीं करते हैं:

प्रतिनिधि का नाम: _____
पहचान दस्तावेज़: _____ समाप्ति तिथि: _____
रिश्तेदारी की डिग्री / प्रतिनिधित्व का प्रकार: _____ हस्ताक्षर: _____
दिनांक: _____

Baseado na norma da DGS n.º015/2013



सूचित, स्वतन्त्र र सूचित सहमति (Nepali)

कृपया यस कागजातको सम्पूर्ण सामग्री ध्यानपूर्वक पढ्नुहोस्।
यदि तपाईं पूर्ण रूपमा स्पष्ट हुनुहुन्न भने थप जानकारीको लागि सोध्न नहिचकिचाउनुहोस्।

निदान र/वा क्लिनिकल अवस्थाको विवरण
प्रसवको लागि एपिड्युरल/सिक्वेन्सियल एनाल्जेसिया

कार्य/हस्तक्षेपको विवरण
यसमा मेरुदण्डको कशेरुका बीचको ठाउँमा सुई वा क्याथेटर प्रयोग गरेर औषधि दिने समावेश छ। यो एसेप्टिक प्रविधि गर्भवती महिलालाई स्थानीय एनेस्थेसिया अन्तर्गत बसेर वा छेउमा सुतेर गरिन्छ, र उनको सहयोग आवश्यक छ। यदि कुनै विरोधाभासहरू छन् भने यसलाई सम्भावित सिजेरियन खण्डमा प्रयोग गर्न सकिन्छ।

फाइदाहरू
यसले धेरैजसो गर्भवती महिलाहरूलाई प्रसवको समयमा परिवर्तनशील पीडा कम गर्न अनुमति दिन्छ।

क्रिबेन्सी	सम्भावित जटिलताहरू
धेरै सामान्य (1/10) र सामान्य (1/100)	रक्तचापमा अचानक गिरावट, वाक्वाकी लाग्ने, बान्ता हुने, चक्कर लाग्ने, कामे, टाउको दुख्ने/ढाड दुख्ने, पिसाबको समस्या, चिलाउने, छालाको छालामा चोटपटक लाग्ने
असामान्य (1/1000)	शवासप्रश्वास सम्बन्धी समस्या, पहिले देखिएका रोगहरूको बिग्रँदो अवस्था।
धेरै दुर्लभ (1/10,000 - 1/100,000)	स्नायुसम्बन्धी क्षति, तीव्र मायोकार्डियल इन्फार्क्शन, स्ट्रोक, औषधिहरूको गम्भीर एलर्जी प्रतिक्रिया, मेनिन्जाइटिस, फोङ्गा, स्थानीय संक्रमण, एरिथ्रमिया, कार्डियोरेस्पिरेटरी अरेस्ट, उपकरण विफलता, मृत्यु

भरपर्दो वैकल्पिक कार्यहरू/हस्तक्षेपहरू
नसाबाट गरिने एनाल्जेसिक।

उपचार नगर्दा हुने जोखिमहरू
लागू हुँदैन

स्वास्थ्य सेवा पेशेवरद्वारा पूरा गर्नुपर्ने (A ser preenchido pelo Profissional de Saúde):

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão. Também garanti que, em caso de recusa, serão assegurados os melhores cuidados nesta Unidade de Saúde, mantendo a assistência necessária à situação de saúde que apresenta.

Nome elegível do Profissional de Saúde	Número de Cédula Profissional
Data	Assinatura:

सहमति दिने व्यक्ति वा प्रतिनिधिद्वारा पूरा गर्नुपर्ने:

म घोषणा गर्दछु कि मलाई प्रस्ताव गरिएको कुराको उद्देश्य मैले बुझेको छु र यो कागजातमा हस्ताक्षर गर्ने स्वास्थ्य पेशेवरले व्याख्या गर्नुभएको छ, मलाई यस विषयमा सबै प्रश्नहरू सोध्ने अवसर दिइएको छ र ती सबैको स्पष्ट उत्तरहरू प्राप्त भएको छ, यदि मैले यो अनुरोध अस्वीकार गर्ने भने मेरो स्वास्थ्य सेवा अधिकारमा कुनै हानि हुने छैन भने कुरामा मलाई आश्वस्त पारिएको छ, र मलाई यो प्रस्तावमा मनन गर्न पर्याप्त समय दिइएको छ।

यसरी, म यस दस्तावेजमा उल्लिखित र मलाई व्याख्या गरिएका सर्तहरू अन्तर्गत उल्लिखित कार्य गर्न **अनुमति दिन्छु।**

नाम: _____
हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

यदि तपाईंले उमेर वा अशक्तताको कारणले हस्ताक्षर गर्नुभएन भने:

नाम: _____
पहिचान कागजात: _____ म्याद सकिने मिति: _____
नाताको डिग्री / प्रतिनिधित्वको प्रकार: _____
हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

Baseado na norma da DGS n.º015/2013

Apêndice J – Qr Codes do Panfleto Informativo “Temos alta! E agora?”

Recebeste alta?

Scan este QR code e acede a um guia prático com tudo o que precisas de saber: desde a recuperação, à amamentação, aos cuidados com recém-nascido e aos sinais a que deve estar alerta. Informação simples, segura e feita para pensar nesta nova etapa.



Have you been discharged?

Scan this QR code and access a practical guide with everything you need to know: from postpartum recovery, breastfeeding to newborn care and signs that require your attention. Simple, safe information to support you in this new stage.



Apêndice K – Póster “Pré-Eclâmpsia: Aplicação do Protocolo”

TERAPÊUTICA EM CASO DE PRÉ-ECLÂMPسيا COM CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

LABETALOL

- Iniciar com prescrição médica Bólus de **20mg** (4mL diretos em 2 minutos)
- Após 10 minutos, se TA > 140/90mmHg → Bólus de **40mg** (8mL diretos em 2 minutos)
- Após 10 minutos, se TA > 140/90mmHg → Bólus de **80mg** (16ml diretos em 2 minutos)
- Após 10 minutos, se TA > 140/90mmHg

Iniciar dose de MANUTENÇÃO DE LABETALOL

- valor da dose (2-12ml) segundo prescrição médica
- Manter durante 12 horas

Suspende se:

- Descida abrupta da TA
- Prescrição médica
- Dose exceder 300mg/dia (dose máxima recomendada)

AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL:

- Se TA > 160/110mmHg - cada 15-30min
- Se TA < 160/110mmHg - 4x dia/consoante a clínica

NIFEDIPINA LIBERTAÇÃO RÁPIDA (LR)

- Iniciar com prescrição médica Nifedipina LR **10mg**
- Após 20min, se TA > 140/90mmHg → Nifedipina LR **20mg**
- Após 20min, se TA > 140/90mmHg → Nifedipina LR **20mg**
- Após 10min, se TA > 140/90mmHg: Associar outra medicação (conforme prescrição médica)

PREVENÇÃO DE CONVULSÕES

SULFATO DE MAGNÉSIO



Se convulsão:
(mediante prescrição médica)

Bólus 2g de SM em 10 minutos
ou
Aumentar perfusão até 2g/h

Em caso de depressão respiratória:
Bólus de Gluconato de Cálcio 1g em 2 minutos (10ml de solução a 10%)

Resumo adaptado de: Protocolo de Orientação Clínica em MMF – nª4 – Hipertensão Gestacional, Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia → CONSULTAR

Apêndice L – Contabilização das Atividades Realizadas nos Contextos Clínicos

1. Vigilância e prestação de cuidados à grávida	
• Exames pré-natais (100)	377
2. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente	
• Partos eutócicos (40) -----	41
• Participação ativa em partos pélvicos -----	2
• Participação ativa em partos gemelares -----	1
• Participação ativa noutros partos -----	27
• Episiotomia -----	4
• Episiorrafia / perineorrafia -----	32
3. Vigilância e prestação de cuidados a mulheres em situação de risco (40)	
• Gravidez -----	344
• Trabalho de parto -----	94
• Puerpério -----	55
4. Vigilância e prestação de cuidados a puérperas saudáveis (100)	111
5. Vigilância e prestação de cuidados a RN saudáveis (100)	112
6. Vigilância e prestação de cuidados a RN de risco	58
7. Vigilância e prestação de cuidados a mulheres com afeções ginecológicas	69