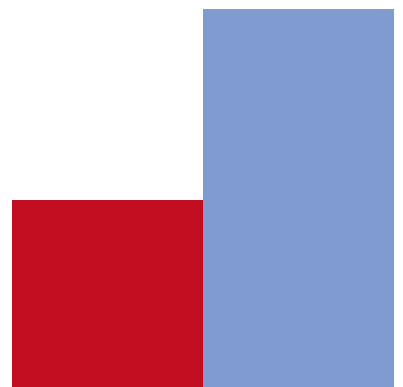


Violência Sexual contra a Mulher - Contributos da Enfermagem Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Maria Garcia Fernández

Abril-26



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica.

Maria Garcia Fernández

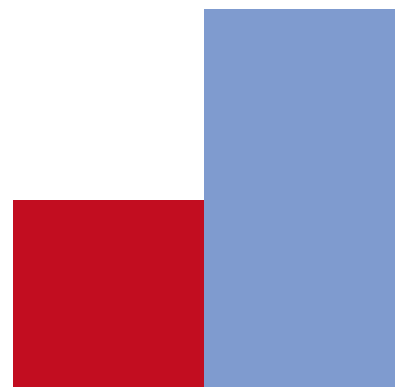
Violência Sexual contra a Mulher - Contributos da Enfermagem Especialista de Saúde Materna e Obstétrica.

Relatório de estágio apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Orientadora

Professora Doutora Maria Maceiras

Abril-26



“Mesmo a noite mais escura terminará com o nascer do sol”

Victor Hugo

Agradecimento

A conclusão deste mestrado assemelha-se a uma longa caminhada em montanha: desafiante e inesquecível, que só foi possível graças às pessoas que caminharam comigo.

Aos meus pais, família e amigos, obrigada por serem o meu campo base, o lugar onde regressar para recuperar forças antes de retomar a subida.

Às minhas orientadoras de estágio, obrigada por serem as guias experientes que me ensinaram a ler o terreno e me mostraram os melhores caminhos.

Às minhas colegas de turma, a vossa companhia tornou a caminhada menos árdua.

À Professora Maria Maceiras, um agradecimento especial por ter sido a bússola que me orientou quando o nevoeiro me fazia duvidar do caminho. A sua disponibilidade, sensibilidade e exigência ajudaram-me a descobrir que conseguia chegar mais longe do que imaginava.

Ao Luís, a ti devo muito mais do que palavras podem expressar. Obrigada por carregares parte da minha mochila, por seres o bastão quando as pernas já não aguentavam e a corda que me impediu de cair. Sem ti, nada disto teria sido possível.

Dedico este relatório a todas as mulheres que conheci neste percurso, elas foram as paisagens que deram sentido à caminhada. Obrigada por me mostrarem a resiliência feminina e por me recordarem porque vale a pena esta subida.

O cume é muito mais bonito quando se chega acompanhada.

A todos vós, o meu mais sincero obrigada.

Resumo

O presente relatório reflete um processo de desenvolvimento profissional realizado no âmbito do mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica, com foco na violência sexual contra a mulher.

A escolha deste tema resulta do reconhecimento da sua complexidade clínica, ética e social, bem como da convicção de que a enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, em virtude da natureza relacional e especializada da sua prática, pode desempenhar um papel determinante na promoção de respostas mais humanizadas, seguras e dignas para estas mulheres.

O percurso formativo baseia-se numa revisão narrativa da literatura e numa análise crítica sobre as atividades realizadas ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos. A teoria do cuidado humano de Jean Watson constitui o principal quadro teórico, em articulação com o modelo de cuidados centrados na mulher e o modelo de cuidados informados pelo trauma, os quais reforçam a necessidade de uma prática clínica assente na escuta, no respeito, na dignidade e na promoção da autonomia da mulher.

Durante este processo formativo foi possível desenvolver competências comuns da enfermeira especialista, competências específicas da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e competências de grau de mestre, através da prestação de cuidados, da dinamização de atividades formativas, da elaboração de ferramentas de apoio à prática e da análise crítica dos cuidados prestados.

O relatório evidencia, portanto, não só a aquisição de competências especializadas no âmbito da violência sexual contra a mulher, mas também a consolidação de uma identidade profissional consciente, reflexiva e comprometida com os direitos, a dignidade e o bem-estar das mulheres.

Palavras-Chave: violência sexual contra a mulher; enfermagem; cuidados centrados na mulher; cuidado informado pelo trauma; cuidado humano.

Abstract

This report reflects a process of professional development conducted within the master's degree in maternal and obstetric health nursing, focusing on sexual violence against women.

The choice of this topic stems from the recognition of its clinical, ethical, and social complexity, as well as from the conviction that the specialist nurse in maternal and obstetric health nursing, by virtue of the relational and specialised nature of her practice, can play a decisive role in promoting more humanised, safer, and more dignified responses for these women.

This educational journey is based on a narrative literature review and on critical analysis about the activities conducted throughout the different clinical placements. Jean Watson's theory of human caring constituted the main theoretical framework, in articulation with the woman-centred care model and the trauma-informed care model, which reinforce the need for clinical practice grounded in listening, respect, dignity, and the promotion of women's autonomy.

Throughout this journey, it was possible to develop the common competencies of the specialist nurse, the specific competencies of the specialist nurse in maternal and obstetric health nursing, and master's level competencies, through the provision of care, the development of educational activities, the preparation of practice-support tools, and the critical analysis of care provided.

This report therefore highlights not only the acquisition of specialised competencies in sexual violence against woman, but also the consolidation of a conscious, reflective, and ethically committed professional identity, centred on the rights, dignity, and well-being of women.

Keywords: *sexual violence against women; nursing; woman-centred care; trauma-informed care; human caring.*

Lista de Siglas e Abreviaturas

AMCV — Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV — Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ASGVCV — Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida

BP — Bloco de Partos

CIG — Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género

CPPP — Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CRPMI — Curso de Recuperação Pós-parto e Massagem Infantil

DGS — Direção-Geral da Saúde

EC — Ensino Clínico

EE-ESMO — Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EPVA — Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos

GREVIO — Grupo de Peritos para o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica

ICM — *International Confederation of Midwives*

INMLCF — Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

IST — Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG — Interrupção Voluntária da Gravidez

MGF — Mutilação Genital Feminina

MP — Ministério Público

OE — Ordem dos Enfermeiros

OMS — Organização Mundial da Saúde

PSPT — Perturbação de Stress Pós-Traumático

RN — Recém-Nascido

SC — Supervisora Clínica

SMO — Saúde Materna e Obstétrica

SNS — Serviço Nacional de Saúde

SUOG — Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

VIH — Vírus da Imunodeficiência Humana

VS — Violência Sexual

VSM — Violência Sexual contra a Mulher

VSRI — Violência Sexual nas Relações de Intimidade

UCC — Unidade de Cuidados Comunitários

UCSP — Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMAR — União de Mulheres Alternativa e Resposta

Índice

Índice de figuras.....	12
Índice de quadros.....	13
I. Introdução.....	14
II. Enquadramento teórico.....	16
II.1. Violência sexual.....	16
II.1.1. Epidemiologia.....	22
II.1.2. Legislação.....	23
II.1.3. Consequências.....	25
II.1.4. Serviços de atendimento.....	28
II.1.5. Prevenção.....	31
II.2. Contributo da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica na violência sexual contra a mulher.....	33
III. Percurso de desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.....	40
III.1. Ensino clínico I.....	41
III.1.1. Objetivos e atividades.....	43
III.1.2. Resultados e ganhos em saúde.....	47
III.2. Ensino clínico II e III.....	49
III.3. Ensino clínico IV.....	50
III.3.1. Objetivos e atividades.....	52
III.3.2. Resultados e ganhos em saúde.....	57
III.4. Ensino clínico V.....	58
III.4.1. Objetivos e atividades.....	60
III.4.2. Resultados e ganhos em saúde.....	64
III.5. Ensino clínico VI.....	65
III.5.1. Objetivos e atividades.....	68
III.5.2. Resultados e ganhos em saúde.....	74
III.6. Competências de grau de mestre.....	76
IV. Considerações finais.....	80
V. Referências bibliográficas.....	83
Apêndice.....	89
Apêndice A: Tipos de violência sexual.....	90
Apêndice B: Tratamento médico da violência sexual contra a mulher.....	92
Apêndice C: Minuta da reunião com ponto focal.....	93
Apêndice D: Objetivos e atividades do ensino clínico I.....	95
Apêndice E: Cronograma de atividades do ensino clínico I.....	98

Apêndice F: Folheto informativo sobre a violência sexual contra a mulher.....	99
Apêndice G: Plano de sessão para enfermeiras especialistas.....	101
Apêndice H: Plano de sessão para unidade de cuidados na comunidade.....	102
Apêndice I: Apresentação realizada para enfermeiras especialistas.....	103
Apêndice J: Apresentação realizada para a unidade de cuidados na comunidade	110
Apêndice K: Cartaz para a sessão de educação para a saúde.....	115
Apêndice L: Plano de sessão para a instituição social.....	116
Apêndice M: Apresentação realizada para a instituição social.....	117
Apêndice N: Questionário de avaliação da sessão de consciencialização.....	122
Apêndice O: Questionário de avaliação da sessão realizada na instituição social.	124
Apêndice P: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no centro de saúde	126
Apêndice Q: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada na instituição social.....	130
Apêndice R: Objetivos e atividades do ensino clínico IV.....	135
Apêndice S: Cronograma de atividades do ensino clínico IV.....	138
Apêndice T: <i>Collage</i> neonatologia e prematuridade.....	139
Apêndice U: Plano de sessão para o internamento de grávidas.....	140
Apêndice V: Apresentação realizada no internamento de grávidas.....	141
Apêndice W: Fluxograma de atuação perante a violência sexual contra a mulher.	146
Apêndice X: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no internamento de grávidas.....	147
Apêndice Y: Objetivos e atividades do ensino clínico V.....	151
Apêndice Z: Cronograma de atividades do ensino clínico V.....	154
Apêndice AA: <i>Checklist</i> alta do internamento de puerpério.....	155
Apêndice AB: Plano de sessão para o internamento de puerpério.....	156
Apêndice AC: Apresentação realizada no internamento de puerpério.....	157
Apêndice AD: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no internamento de puérperas.....	163
Apêndice AE: Objetivos e atividades do ensino clínico VI.....	167
Apêndice AF: Cronograma de atividades do ensino clínico VI.....	170
Apêndice AG: Capítulo de violência sexual do livro de bolso de enfermagem	174
Apêndice AH: Proposta formal para a sessão de reflexão.....	178
Apêndice AI: Questionário informal para enfermagem.....	181
Apêndice AJ: Resultado do questionário informal para enfermagem.....	182
Apêndice AK: Plano de sessão para o bloco de partos.....	184
Apêndice AL: Cartaz divulgativo da sessão no bloco de partos.....	185

Apêndice AM: Apresentação realizada no bloco de partos.....	186
Apêndice AN: Folha de elogio do bloco de partos.....	192
Apêndice AO: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no bloco de partos.....	193
Apêndice AP: Análise SWOT da formação violência interpessoal.....	197
Apêndice AQ: Scoping review	203
Apêndice AR: Póster — “O EE-ESMO na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente”	218
Anexo	219
Anexo 1: Crimes sexuais no código penal português.....	220
Anexo 2: Fluxograma de atuação da violência sexual.....	221
Anexo 3: Fluxograma de atuação na violência.....	222
Anexo 4: Centro de crise em Lisboa.....	223
Anexo 5: Competências essenciais para a prática da parteira e da obstetrícia.....	225
Anexo 6: Fatores de risco e fatores protetores da violência contra a mulher.....	226
Anexo 7: Estratégias de prevenção da violência contra a mulher.....	227
Anexo 8: Suporte de primeira linha: “LIVES”.....	228
Anexo 9: Cronograma anual dos ensinamentos clínicos.....	229
Anexo 10: Workshop — Comunicação de más notícias.....	230
Anexo 11: Conferência internacional sobre mutilação genital feminina	231
Anexo 12: Curso de cardiocotografia	232
Anexo 13: Curso básico de suturas.....	233
Anexo 14: Jornadas de enfermagem da saúde da mulher — Cuidar da mulher em tempos de mudança.....	234
Anexo 15: Jornadas de enfermagem de obstetrícia — Teoria, prática e realidade: novos olhares da obstetrícia contemporânea.....	235
Anexo 16: Formação — Enraizar a mudança pelo fim da violência contra as mulheres e da violência doméstica — Melhorar a intervenção, promover a prevenção”	236
Anexo 17: Violência interpessoal.....	238

Índice de figuras

Figura 1: Tipologias da violência.....	17
Figura 2: Formas de violência sexual.....	20
Figura 3: Serviços de atendimento à violência sexual contra a mulher.....	28
Figura 4: Níveis de prevenção da violência sexual contra a mulher.....	32
Figura 5: Momentos do protocolo de atuação da violência sexual.....	38
Figura 6: Enquadramento conceptual do contributo da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica na mulher vítima de violência sexual.....	39

Índice de quadros

Quadro 1: Estereótipos culturais sobre violência sexual contra a mulher.....	21
Quadro 2: Consequências da violência sexual contra a mulher	25
Quadro 3: Tipos de violência sexual	90
Quadro 4: Tratamento médico da violência sexual contra a mulher.....	92
Quadro 5: Crimes sexuais no código penal português	220
Quadro 6: Fatores de risco e fatores protetores da violência contra a mulher	226
Quadro 7: Suporte de primeira linha: “LIVES”	228

I. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a **Violência Sexual** (VS) como *"qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, ou outro ato dirigido contra a sexualidade de uma pessoa..."*^{1,2}.

Trata-se de uma violação grave dos direitos humanos, atentando contra a liberdade sexual, a autonomia corporal, a integridade física e psicológica, bem como o direito a experienciar uma vida sexual saudável, segura e satisfatória³.

As estimativas da OMS indicam que cerca de uma em cada três mulheres já foi vítima de VS por parte do parceiro íntimo ou por um não parceiro ao longo da sua vida, afetando, portanto, centenas de milhões de mulheres em todo o mundo^{1,4}.

Esta **Violência Sexual contra a Mulher** (VSM) causa sérios problemas de saúde física, mental, sexual e reprodutiva, a curto e a longo prazo, gerando elevados custos sociais e económicos para as mulheres, as suas famílias e as sociedades^{1,2}.

Face à magnitude da violação de direitos, da elevada prevalência e do seu impacto, a VSM é reconhecida pela comunidade internacional como **um grave problema de saúde pública**^{1,2}.

A motivação para abordar esta temática resulta da experiência profissional prévia adquirida como enfermeira humanitária em diversos países em conflito, onde o atendimento a vítimas de VSM, infelizmente, foi uma constante. Esta experiência revelou não apenas o impacto e a complexidade do fenómeno, mas também a importância e os benefícios de uma intervenção de enfermagem humanizada.

Nesta linha, a **Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson**, centrada no cuidado transpessoal e na relação terapêutica enfermeira-pessoa, oferece um quadro conceptual particularmente relevante para a abordagem às mulheres vítimas de VSM. Esta teoria enfatiza a dimensão humana, o respeito pela dignidade e a promoção da cura holística, componentes que se tornam fundamentais para as vítimas⁵.

Perante esta informação e sabendo que o mandato social e foco de atuação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO) consistem em **cuidar da mulher** no âmbito da saúde sexual, ginecológica e reprodutiva, revela-se pertinente aprofundar o conhecimento neste domínio^{6,7}.

A elaboração deste relatório final, no âmbito do 1.º Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, representa uma oportunidade para adquirir as competências científicas, técnicas, humanas, culturais e éticas necessárias⁸, para promover o máximo potencial de bem-estar físico, emocional e social das mulheres, incluindo aquelas que enfrentam o impacto silencioso e invisível da VSM⁹⁻¹².

Com base nesta premissa, o **objetivo geral** consiste em desenvolver competências especializadas em intervenções no âmbito da VSM. Para alcançar este propósito, definem-se como objetivos específicos: analisar o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio profissional através da concretização de atividades e relacionar as atividades desenvolvidas com as competências de EE-ESMO adquiridas.

O presente relatório encontra-se organizado em cinco capítulos. No primeiro, correspondente à **introdução**, enquadra-se o tema, os objetivos e a estrutura do relatório. No segundo capítulo, desenvolve-se o **enquadramento teórico**, com uma revisão da literatura e da evidência científica sobre a VSM, bem como a relevância do tema na prática assistencial da EE-ESMO à luz da teoria de Jean Watson.

O terceiro capítulo é dedicado ao **percurso de desenvolvimento das competências**, com a descrição dos diagnósticos de situação de cada estágio, atividades realizadas e objetivos atingidos que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre requeridas.

O quarto capítulo integra as **considerações finais**, que incluem a reflexão crítica sobre a temática durante o percurso académico. Para finalizar, no quinto capítulo apresentam-se as **referências bibliográficas**, organizadas segundo o estilo Vancouver, utilizando o programa informático Mendeley, garantindo a qualidade da fundamentação teórica.

Importa ainda referir que, ao longo do relatório, será utilizado o género feminino para se referir à EE-ESMO, atendendo à predominância de mulheres nesta especialidade, cerca de 96%, segundo dados da Ordem dos Enfermeiros (OE)¹³, bem como a sensibilidade de género inerente à temática abordada.

O presente relatório reflete o compromisso pessoal e profissional em contribuir para uma resposta mais humanizada e eficaz à VSM, esperando que a sua leitura contribua para o aprofundamento do conhecimento nesta área e para a melhoria da prática clínica.

II. Enquadramento teórico

Este capítulo tem como finalidade apresentar os fundamentos teóricos indispensáveis para a compreensão da VSM, através de uma revisão narrativa da literatura recente, de âmbito nacional e internacional.

A revisão narrativa da literatura permite sintetizar de forma compreensiva os contributos publicados e atualizar o estado da arte sobre a VSM. Distingue-se de outros tipos de revisão por privilegiar uma análise crítica, interpretativa e integradora do conhecimento existente, em detrimento da descrição exaustiva do processo metodológico de seleção das fontes ¹⁴.

A pesquisa integra fontes de elevado rigor científico e técnico, nomeadamente documentos orientadores da OMS, instrumentos normativos de organismos governamentais e instituições especializadas na área, literatura de referência, bem como artigos científicos publicados em bases de dados reconhecidas como PubMed e Cochrane Library, utilizando descritores em inglês como violência sexual, violência contra as mulheres e enfermagem.

Desta forma, o enquadramento teórico que se apresenta não se limita a descrever o fenómeno da VSM, mas procura articular o conhecimento científico com a prática de cuidados especializados da enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (SMO), contribuindo para uma intervenção mais fundamentada, ética e humanizada, em conformidade com os regulamentos da profissão e à luz da Teoria do Cuidado Humano.

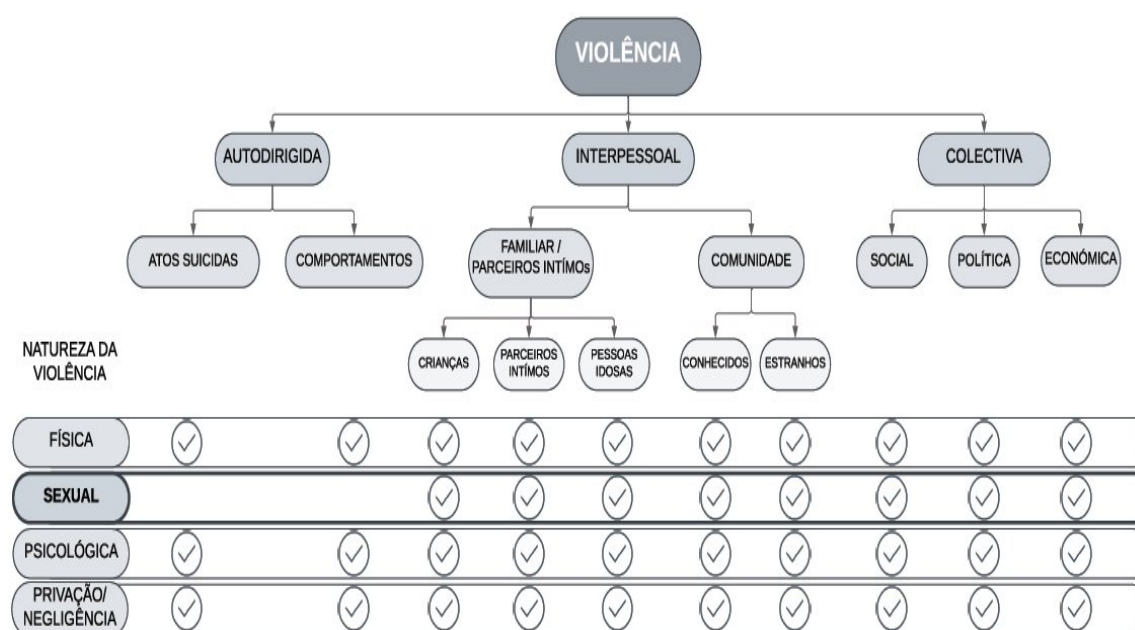
II.1. Violência sexual

A violência acompanha o comportamento humano ao longo da história. A sua definição tem evoluído à medida que novos olhares a desvendam. Atualmente, reconhece-se uma expansão da noção de violência para atos ou situações que, historicamente, não eram considerados violentos, tornando-se agora objeto de preocupações sociais, políticas e legais. Neste sentido, diversos autores referem que a violência representa uma transgressão a um sistema de valores estabelecidos num determinado momento histórico e social ^{2,9,15}.

Atualmente, a violência é definida como qualquer prática de abuso, controle ou desequilíbrio de poder numa relação – seja familiar, profissional ou comunitária – que envolve o uso intencional da força física ou do poder, real ou sob a forma de ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo/comunidade, e resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em ferimentos, danos psicológicos, prejuízos no desenvolvimento, privações ou a morte ^{2,15}.

A OMS apresenta uma classificação que permite compreender as tipologias da violência, segundo a relação entre agressor e vítima e a natureza dos atos, conforme ilustrado na Figura 1 ².

Figura 1: Tipologias da violência



Adaptado de Krug et al., 2002

A violência autodirigida refere-se aos comportamentos que as pessoas infligem contra si próprias, como atos suicidas e práticas autolesivas. A violência coletiva refere-se às manifestações mais visíveis de violência, exercidas em larga escala por grupos organizados com o propósito de alcançar objetivos políticos, económicos ou sociais ^{2,15}.

A violência interpessoal, por sua vez, caracteriza-se por ser menos visível ao ocorrer na esfera familiar, laboral, escolar ou institucional. Esta subdivide-se em duas categorias: a violência no contexto familiar, que engloba situações de violência entre membros da família ou entre parceiros íntimos (sejam heterossexuais ou homossexuais) e a violência comunitária que envolve episódios de violência entre amigos, conhecidos ou estranhos ^{2,15,16}.

Esta violência interpessoal incide de forma desproporcionada sobre mulheres, crianças e pessoas idosas, na vertente física, sexual e psicológica, com episódios isolados ou com práticas sistemáticas e prolongadas no tempo ¹⁵⁻¹⁷. As manifestações mais comuns deste tipo de violência são os maus-tratos a crianças, a violência doméstica, a violência juvenil, a violência no namoro, o abuso de idosos e a violência sexual ^{15,16}.

Embora este relatório reconheça a relevância de analisar todas as formas de violência, centra-se na violência interpessoal em adultos, sob a forma de Violência Sexual (VS). Esta opção fundamenta-se no facto de a VS constituir uma problemática que exige atenção especializada por parte dos profissionais de saúde responsáveis pela saúde ginecológica, sexual e reprodutiva ^{18,19}, domínio no qual a EE-ESMO detém competências específicas acrescidas e assume um papel central na prestação de cuidados ^{7,19,20}.

O espectro da VS é variado, englobando diferentes contextos e comportamentos que obrigam a pessoa a presenciar, participar ou ter atos sexuais contra a vontade, podendo envolver ameaças, chantagem, intimidação, coação, fraude ou agressão física, para colocar a vítima em situações de risco, inconsciência ou impossibilidade de resistir, incluindo forçar a prostituição, exploração sexual ou impedir o controlo reprodutivo ^{2,15,17,21,22}. Estes diferentes tipos de VS encontram-se definidos no Apêndice A.

A VS pode ser exercida por uma ampla gama de agressores, incluindo pais, mães, cuidadores, familiares, parceiros íntimos, amigos, conhecidos ou por estranhos ¹⁵. Pode afetar qualquer pessoa, independentemente das suas características individuais, como idade, etnia, sexo, género, orientação sexual, religião, profissão, nível social, cultural e/ou económico ²¹, o que significa que a VS ocorre em múltiplos contextos, sem depender do estilo de vida da vítima nem da relação que se estabelece com o agressor ^{22,23}.

Embora a VS possa ocorrer a qualquer pessoa, identificam-se fatores de risco que ampliam a probabilidade da sua ocorrência. Estes fatores são multidimensionais: alguns relacionam-se com as atitudes, crenças e comportamentos dos indivíduos envolvidos, enquanto outros estão profundamente enraizados no condicionamento social e relacional. Vários fatores tendem a atuar de forma cumulativa, pelo que, quanto maior o número de fatores presentes, maior é a probabilidade de ocorrência de VS ^{2,22}.

Entre os fatores de risco descritos na literatura incluem-se: idade jovem (crianças, adolescentes e jovens adultas), história de abuso prévio, perturbação de personalidade, uso nocivo de álcool/drogas, multiplicidade de parceiros sexuais, envolvimento em prostituição, pertença a grupos vulnerabilizados (mulheres transexuais e pessoas com deficiência física ou mental), baixos níveis de escolaridade, situação de pobreza e contextos de conflito armado ou instituições prisionais ^{1,2,4,15,17,22-26}.

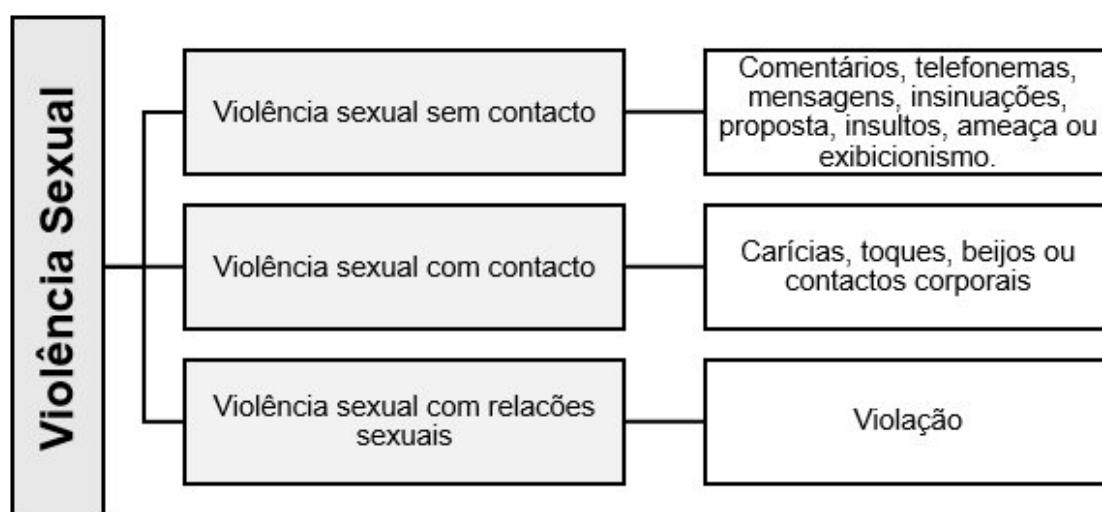
A evidência científica ressalta de forma consistente que ser mulher constitui um dos principais fatores de risco para VS, sendo esta vulnerabilidade particularmente acentuada entre os dezassete e os vinte e quatro anos e nas mulheres que se encontram em relações de intimidade. Acresce que, na grande maioria dos casos, o agressor é um homem ^{1,2,27-29,4,9,12,15,22-24,26}.

Esta vulnerabilidade acrescida das mulheres radica na desigualdade de género, manifestada em relações de poder historicamente desproporcionadas entre homens e mulheres. Fatores como comportamentos masculinos nocivos, a tolerância social à violência, normas comunitárias que conferem estatuto superior aos homens em detrimento das mulheres, o limitado acesso feminino ao emprego remunerado e a persistência de legislação discriminatória sustentam dinâmicas de discriminação que mantêm as mulheres numa posição de subordinação, tornando-as significativamente mais vulneráveis a sofrer atos de violência ^{1,2,29,30,9,12,21,24-28}.

A Violência Sexual contra a Mulher (VSM) constitui uma das formas mais prevalentes de violência contra a mulher, representando a materialização extrema dessas desigualdades de género e relações de poder ^{1,4,26,30}. De facto, a literatura consultada sublinha que a VSM não se reduz a um “impulso” ou “desejo sexual” dos homens, como por vezes é socialmente percecionado, mas sim de um ato de coerção, agressivo e hostil utilizado pelos homens como meio para humilhar, controlar e dominar as mulheres ^{17,22,27}.

Esta VSM pode assumir formas verbais sem contacto físico, agressão sexual através de contacto físico e formas consumadas de relações sexuais, conforme ilustrado na Figura 2 ^{15,17,23,24}.

Figura 2: Formas de violência sexual



Entre as formas mais frequentes encontram-se o assédio sexual e a violação, sendo esta última considerada como uma das formas de violência contra a mulher mais cruéis e traumáticas, pois desvaloriza o corpo e os valores femininos, atentando contra o mais íntimo que tem a mulher que é a sua sexualidade ^{17,27,30}.

Historicamente, a violação limitava-se à penetração vaginal forçada, desconsiderando outras formas de abuso e excluindo outras formas de coação, como as relações de poder. Este conceito de violação perpetuava a defesa da honra centrada exclusivamente na vagina, e os outros casos, sem o uso da força e sem penetração eram considerados atentados contra o pudor/moral com penas criminais significativamente menores ³⁰.

A década de setenta marcou o início de um maior interesse pelo tema, impulsionado pela mudança social originada pelos movimentos feministas, conseguindo que o conceito jurídico e social fosse reformulado, abrangendo uma perspetiva mais inclusiva ^{9,11,17,30}.

A violação, portanto, passou a ser definida como qualquer ato de violência física ou psíquica, exercida contra a liberdade da outra pessoa, obrigando-a a ter práticas sexuais que não deseja, consigo ou com outrem, entendendo como práticas sexuais: cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de parte do corpo ou objetos ^{2,15,22,30}.

Há uma imagem social persistente de que a violação só é perpetrada por agressão física violenta, por um estranho numa rua escura à noite, quando na realidade os estudos demonstram que tem maior probabilidade de ser perpetrada por homens conhecidos pela vítima em contexto privado ^{9,17,22,24,27,29,30}.

Estes tipos de estereótipos, mitos e crenças culturais enraizadas na sociedade, contribuem para a invisibilidade da VSM, porque atenuam a responsabilidade do agressor, culpabilizam a mulher, minimizam a gravidade dos atos e/ou negam a própria experiência ^{9,12,22,24,27,29-31}. Alguns exemplos identificados na literatura estão expostos no Quadro 1.

Quadro 1: Estereótipos culturais sobre violência sexual contra a mulher

Estereótipos culturais sobre a violência sexual contra a mulher 9,12,22,24,27,29-31
<i>A violação é perpetrada por estranhos</i>
<i>O sexo é o principal motivo da violação</i>
<i>A violação deixa sinais de força</i>
<i>A mulher sempre pode oferecer resistência</i>
<i>Quando a mulher diz “não” quer dizer “talvez” ou “sim”</i>
<i>A mulher após consentir tem de ir até o fim</i>
<i>A mulher provoca com o seu comportamento ou vestimenta</i>
<i>Só algumas mulheres são vítimas de violação</i>
<i>Nas profissionais do sexo, não é considerado violação</i>
<i>Com o marido não é considerado violação</i>
<i>O marido tem o direito de manter relações sexuais</i>
<i>Os homens não controlam o impulso sexual</i>
<i>A violação é sempre denunciada à polícia</i>

A desconstrução destes tipos de mitos e discursos estereotipados sobre a VSM é crucial para transformar a forma como a sociedade reage e gere estas situações. Sem esta mudança de paradigma, continuarão a normalizar-se os comportamentos violentos, contribuindo para a sua invisibilidade e perpetuidade ^{17,22,25,27,29,31}.

Neste contexto, os profissionais de saúde devem rever as suas crenças e atitudes, distinguindo mitos de factos e evitando juízos morais ou de culpabilização, preservando a dignidade da vítima ²². Esta postura remete para as competências comuns da enfermeira especialista, onde detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeira, identificando fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa e garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais ^{32,33}.

II.1.1. Epidemiologia

A compreensão da epidemiologia da VSM é indispensável para dimensionar a magnitude deste problema. Conhecer a prevalência e os padrões de ocorrência permite à EE-ESMO identificar grupos de risco e desenvolver estratégias de prevenção ou intervenções direcionadas no âmbito da promoção da saúde sexual, como descrito no seu perfil de competências ^{1,4,6,15,22}.

A VSM ocorre em todos os países atravessando diferentes padrões culturais, sociais, religiosos, económicos e profissionais. Contudo, a escassez de estudos padronizados, a falta de consenso sobre a terminologia utilizada e o foco predominante nas consequências em detrimento da prevalência dificultam a recolha de dados fiáveis por parte das entidades responsáveis ^{4,11,15–17,19,22,24,27}.

Além disso, a VSM caracteriza-se por ser um tema profundamente tabu nas sociedades, o que contribui para que entre 50 e 90% dos casos não sejam reportados ^{9,19,25}. Muitas mulheres não denunciam por medo de vingança, escândalo, humilhação e/ou exclusão social, enfrentando ainda barreiras como a pressão familiar, o sentimento de culpa e a falta de conhecimento sobre os seus direitos e/ou o impacto da agressão na sua saúde ^{9,12,15,19,26,27,29,30}.

Acresce que algumas vítimas experienciam dificuldade em reconhecer a sua própria situação como abusiva, podendo legitimar a violência sofrida. Este fenómeno é particularmente frequente nos casos em que há abuso de álcool/drogas, ou quando a VSM é perpetrada por um parceiro íntimo ou pessoa conhecida ^{9,12,17,26,27,30}.

Em Portugal, as vítimas tendem a denunciar menos às autoridades policiais, estima-se que apenas 1 em cada 5 mulheres apresenta denúncia ^{23,24}. As principais razões incluem ceticismo quanto à eficácia das entidades policiais e uma perceção negativa da justiça e dos tribunais, bem como receios em relação aos custos económicos dos processos judiciais ^{9,17,26}.

Deste modo, os dados epidemiológicos disponíveis representam apenas "a ponta do iceberg", subestimando gravemente a dimensão real da VSM ^{2,4,9,16,22}.

A nível global, as estimativas da OMS de 2023 indicam que 8,2% das mulheres com quinze ou mais anos sofreram VSM por não parceiro ao longo da vida. Na Europa, este valor sobe para 12%, evidenciando que os países desenvolvidos não estão imunes a este fenómeno ⁴.

A nível nacional, as estimativas da OMS apontam para uma prevalência de VSM por não parceiro de 5% ao longo da vida ⁴. De facto, os dados do Relatório Anual de Segurança Interna de 2024 registaram 543 casos de violação, um aumento de cerca de 10% face a 2023, sendo 92,1% das vítimas mulheres e 94,9% dos detidos homens, com 43,2% dos casos a envolverem agressores conhecidos previamente pela vítima ^{34,35}.

Estes dados reforçam que a VSM constitui um problema de saúde pública que exige resposta urgente, coordenada e multissetorial ^{1,12,16}, sendo o contributo da EE-ESMO determinante pela sua proximidade com a mulher e a comunidade ⁷.

II.1.2. Legislação

A VSM constitui um crime, definido como qualquer comportamento que infrinja a lei, e é imperativo que os profissionais envolvidos nesta área, incluindo a EE-ESMO, conheçam a legislação aplicável, de modo a atuar em conformidade com as normas legais, os regulamentos, princípios éticos e deontologia profissional ^{22,32,36,37}.

Em 1995 teve lugar uma importante reforma ao nível do Código Penal (CP), na medida em que os crimes sexuais foram relocizados e conceptualizados sob a epígrafe “dos crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual”, abandonando a anterior lógica moralista ^{15,17}. As tipificações dos crimes sexuais do atual CP encontram-se no Anexo 1.

Ao longo das últimas décadas, têm sido efetuadas diversas alterações no CP para acompanhar as diretrizes das convenções internacionais e normativas europeias, visando proteger especialmente os direitos das mulheres ^{4,12,15,26}.

Um marco determinante nessa evolução foi a Lei n.º 101/2019, de 6 de setembro, que, em conformidade com a Convenção de Istambul, alterou o Artigo 164.º do CP, suprimindo os requisitos de violência e ameaça grave como elementos constitutivos do crime de violação, passando o consentimento a constituir o elemento central da sua definição jurídica ^{12,26}.

No que respeita à moldura penal, a violação é punida com pena de prisão de um a seis anos. Quando praticada com recurso a violência, ameaça grave, ou mediante a indução da vítima a um estado de inconsciência ou incapacidade de reação, a pena agrava-se para três a dez anos de prisão. A pena pode ainda ser agravada em um terço nos casos em que a vítima seja familiar do agressor ou uma pessoa particularmente vulnerável ^{38,39}.

Para além das consequências penais, quando a gravidez resulta de um crime de violação, a sua interrupção não é punível até às dezasseis semanas de gestação, prazo superior ao previsto por opção da mulher ⁴⁰. Em 2023, registaram-se 6 casos de mulheres que recorreram a esta modalidade ⁴¹. Neste âmbito, a EE-ESMO assume um papel determinante, tendo a competência específica de promover a decisão esclarecida no âmbito da Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), informando e orientando a mulher para os recursos disponíveis na comunidade ⁶.

No que concerne à natureza processual do crime, a violação é crime de natureza semipúblico, o que significa que o processo criminal geralmente depende da apresentação de queixa pelo ofendido, exceto quando cometido contra menores, resultar em morte ou suicídio da vítima, situações nas quais é considerado um crime público, o que implica que o Ministério Público (MP) tem obrigação de iniciar a investigação e a ação penal ^{12,38,39}.

Neste sentido, a vítima adulta de violação dispõe de um período limitado para apresentar queixa, de seis meses a partir do momento da agressão, nos termos do Artigo 115.º. Nos casos em que a vítima for menor de idade no momento da violação, pode apresentar queixa até aos vinte e cinco anos, nos termos do Artigo 118.º ^{38,39,42}.

Este enquadramento foi recentemente modificado pela Assembleia da República, que aprovou a classificação da violação como crime público, implicando futuras alterações ao CP. Esta mudança significará que qualquer pessoa poderá denunciar a violação e que o MP ficará obrigado a instaurar o procedimento criminal ⁴³.

No caso da Violência Sexual nas Relações de Intimidade (VSRI), enquadrada na violência doméstica, é considerada um crime público. Isto significa que o procedimento criminal não depende da apresentação de queixa pela vítima, sendo as entidades policiais, funcionários públicos e profissionais de saúde legalmente obrigados a reportar os crimes de que tomem conhecimento no exercício das suas funções, nos termos do Artigo 242.º do Código de Processo Penal, sendo o processo instaurado mesmo contra a vontade da titular dos interesses ofendidos ¹².

Neste contexto, a EE-ESMO ocupa uma posição particularmente sensível, visto que estabelece uma relação terapêutica de proximidade e confiança, mas simultaneamente atua num quadro legal e deontológico que pode exigir ponderação entre confidencialidade, proteção e deveres de atuação. O estatuto e os pareceres da OE sustentam que o dever de sigilo profissional é estruturante, mas não absoluto, exigindo uma ponderação cuidada em situações de risco grave para a integridade ou vida da mulher ^{44,45}.

A EE-ESMO é, assim, convocada a exercer um julgamento clínico e ético de elevada complexidade perante a VSM, que integre a proteção da mulher, o respeito pela sua autonomia e o cumprimento das suas responsabilidades legais e deontológicas, em linha com as competências comuns onde desenvolve uma prática profissional ética e legal e garante práticas de cuidados que respeitem e protegem os direitos humanos ³².

II.1.3. Consequências

A VSM constitui um fenómeno traumático com impactos significativos nas esferas física, sexual, reprodutiva e psicológica das vítimas, afetando também as suas relações íntimas, familiares, sociais, académicas e profissionais, podendo alterar radicalmente o curso de vida da mulher ^{1,15,17,21,22,26}.

A magnitude do impacto, longe de ser uniforme, é condicionada por variáveis associadas ao episódio, incluindo o grau de violência física exercida, as circunstâncias da agressão, a existência de perigo de vida, a relação de proximidade com o agressor e o número de agressores envolvidos ^{9,23,24,26,27,46}.

Cada vítima reage à agressão de forma única, influenciada por características individuais, como idade, personalidade e experiências prévias, pelo contexto sociocultural, a rede de apoio, os fatores culturais e religiosos, bem como os recursos que se encontram disponíveis ^{17,21-24,26}.

Embora algumas mulheres recuperem num período relativamente curto, outras enfrentam sequelas persistentes ao longo dos anos, o que reforça a necessidade de abordagens individualizadas por parte dos profissionais de saúde ^{9,17,22,26,27,47}. As principais consequências encontram-se sistematizadas no Quadro 2.

Quadro 2: Consequências da violência sexual contra a mulher

Consequências físicas ^{2,9,12,16,17,22,24,26,46,48}
• Trauma genital (lacerações, hematomas, equimoses ou edemas na vagina, no períneo, no ânus ou no reto) • Lesões extragenitais (escoriações, equimoses ou fraturas na face, braços e/ou pernas) • Sintomas físicos sem razão médica aparente: dor crónica, fadiga, tensão muscular, náuseas, alterações gastrointestinais, perda de apetite e cefaleias persistentes

Consequências psicológicas 2,9,46,48,12,16,17,22,24,26,27,30
• Fase aguda (duas a três semanas): - Paralisação/<i>freezing</i> (aproximadamente o 70% das vítimas), choque, confusão, dissociação e perda de memória - Medo intenso, angústia, vergonha, raiva, impotência, baixa autoestima e culpa - Sentimento de negação/irrealidade, comportamentos de evitação de pessoas, lugares e situações associadas ao trauma • Fase de reorganização (a partir da terceira semana, adaptativa ou mal adaptativa): - Ansiedade, irritabilidade, hipervigilância, tensão constante, fobias, ataques de pânico e perturbações obsessivo-compulsivas - Perturbações do sono: insónia, pesadelos e <i>flashbacks</i>, perturbações do apetite, sensação de solidão - Depressão: tristeza persistente, anedonia e sentimentos de desespero - Abuso de álcool e/ou substâncias, autolesão, tentativas ou ideação suicida • Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT): presente em 45–84% das vítimas de violação • Vítimas de VSM por não parceiro têm probabilidade 2,3 vezes superior de abuso de álcool e 2,6 vezes superior de depressão ou ansiedade • Vítimas de VSRI têm probabilidade 2 vezes maior de depressão e 4,5 vezes maior de tentativa de suicídio • Um em cada quatro mulheres violadas sofre alterações psicológicas graves e persistentes
Consequências sexuais e reprodutivas 2,9,12,17,22,24,26,27,48
• Gravidez indesejada • Aborto espontâneo, interrupção voluntária da gravidez e aborto inseguro • Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): - Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) - Hepatite - Clamídia - Candidíase - Gonorreia - Herpes genital - Vírus do papiloma humano - Sífilis - Vaginites

• Hemorragia e infeções genitais • Dor pélvica e doença inflamatória pélvica • Infeções do trato urinário • Infertilidade • Complicações da gravidez: maior risco de pré-eclâmpsia e distúrbios hipertensivos maternos, maior probabilidade de insuficiência cervical, ameaça de parto pré-termo e de ter um Recém-Nascido (RN) com baixo peso à nascença • Sentimentos de hostilidade e evasão em relação aos homens, recusa e medo do contacto corporal, dificuldades relacionais e sexuais com o seu parceiro • Disfunção sexual: dispareunia, vaginismo, diminuição do desejo sexual, dificuldade na excitação, aversão sexual, <i>flashbacks</i> da violação, disfunção orgástica e anorgasmia
Consequências sociais ^{2,9,12,24,48}
• Diminuição da quantidade e/ou qualidade dos relacionamentos sociais • Evitamento de situações sociais • Isolamento social • Rejeição e/ou estigmatização pela rede social próxima • Sentimentos de desconfiança e de ausência de controlo das relações • Dificuldade em manter relacionamentos mais íntimos • Negligência face ao papel parental • Baixo rendimento académico e/ou absentismo
Consequências económicas ^{12,48}
• Baixa produtividade laboral e/ou absentismo • Custos em saúde com uma maior utilização dos serviços hospitalares, consultas e urgências ao longo de todo o ciclo de vida

A este quadro acresce a vitimização secundária, quando respostas sociais ou institucionais marcadas por julgamento, descrédito ou minimização da agressão contribuem para uma fonte adicional de dano, podendo revelar-se tão ou mais prejudicial do que a agressão original ^{2,9,31,11,12,15,16,22–24,26}. Neste sentido, a EE-ESMO deve garantir práticas de cuidados especializados que respeitem os direitos humanos, a privacidade e a dignidade da mulher ³², assumindo um papel preventivo da vitimização secundária.

II.1.4. Serviços de atendimento

As instituições envolvidas na assistência a vítimas de VSM encontram-se representadas na Figura 3 ^{9,15,17}.

Figura 3: Serviços de atendimento à violência sexual contra a mulher

Serviços de Saúde	Ministério de Saúde, Serviço Nacional de Saúde (SNS), hospitais e centros de saúde.
Serviços Médico-legais	Regidos pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF).
Ministério Público e Entidades policiais	Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana e Polícia Judiciária.
Serviços de apoio à vítima	Associação de Mulheres contra a Violência (AMCV), Associação Portuguesa de Apoio Vítima (APAV) ou União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR), entre outros.

A qualidade do apoio oferecido por esses serviços tem um impacto significativo na forma como a vítima vivencia e processa os acontecimentos, bem como no seu processo de recuperação. A intervenção eficaz, empática e sem julgamento, a formação adequada dos profissionais e a coordenação efetiva entre as diversas instituições são essenciais para minimizar as consequências negativas da agressão e prevenir a vitimização secundária ^{9,12,16,19,22,24,26,27,29}.

A VSM é uma emergência médica, pelo que a resposta dos serviços de atendimento deve ser prioritária para salvaguardar a saúde e o bem-estar da vítima. A prestação de serviços médico-legais e a denúncia judicial assumem uma importância secundária em relação aos serviços de saúde ^{17,21,22,47}.

A vítima tem direito a ser informada dos procedimentos de saúde e legais disponíveis, bem como do tipo de envolvimento que lhe é solicitado. Tem também o direito de ser acompanhada por uma pessoa da sua confiança, de escolher o sexo do profissional que a atende, de dispor de intérprete, se necessário, e de recusar o exame médico-legal ou a apresentação de denúncia ^{9,19,21,22,24,26,27,47}.

A primeira intervenção, frequentemente, envolve os profissionais de saúde, que devem identificar sinais e sintomas sugestivos de uma resposta médica urgente. Esta intervenção deve ser a mais cuidadosa possível, a fim de evitar a contaminação das provas, como por exemplo, evitar o uso de desinfetante e exame genital na ausência de sinais de alarme ^{15,17,19,22,24,47,49}.

Por norma, cada unidade de saúde deveria dispor de um protocolo estandardizado de atuação perante casos de VSM para garantir a uniformidade e qualidade da resposta, baseado no fluxograma da Direção-Geral da Saúde (DGS) ou no da OMS, disponível no Anexo 2 e no Anexo 3 ^{9,15,47}.

A intervenção médica deve incluir a avaliação clínica, o diagnóstico e tratamento de lesões, a realização de exames laboratoriais e a profilaxia de IST, incluindo a avaliação da necessidade de profilaxia pós-exposição ao VIH, bem como a avaliação do risco de gravidez indesejada com disponibilização de contraceção de emergência ou orientação para IVG, não devendo ser omitida a documentação objetiva dos achados e dos procedimentos realizados, assim como o encaminhamento para o seguimento médico e psicológico posterior ^{2,9,19,47,49}.

Preconiza-se que os serviços de urgência disponham de um “kit de violência sexual” com o material e a medicação necessários para o atendimento ^{2,15,17,19,22,47,49}, conforme listado no Apêndice B.

Para além da resposta em saúde, importa considerar a vertente médico-legal cuja finalidade é recolher os elementos relativos à alegada agressão sexual e proceder à sua interpretação pericial, funcionando como coadjuvante na investigação criminal, pelo que a sua realização exige a existência de uma denúncia prévia ^{19,21,24}.

Este exame médico-legal é realizado pelo INMLCF com formação técnico-científica própria, mediante consentimento informado prévio da vítima e deve ser providenciado em tempo útil, de forma a assegurar as melhores condições para a recolha dos vestígios do crime. Por conseguinte, só constitui emergência médico-legal a agressão ocorrida há menos de 72 horas ^{9,15,19,21,24,26,27,50}.

Este exame, por regra, é realizado nas instalações do INMLCF, para onde a vítima é encaminhada. Excecionalmente, quando a agressão ocorra fora do horário normal de funcionamento das instalações, o exame pode ser realizado em serviços de urgência de hospitais públicos ou outros estabelecimentos oficiais de saúde pela equipa de peritos em serviço de escala ⁵⁰.

O exame envolve quatro fases: a informação colhida, o exame do vestuário, o exame corporal e os exames complementares. A preservação de vestígios forenses exige orientações específicas dirigidas à vítima, nomeadamente no que respeita à higiene corporal, à roupa e a outros potenciais elementos de prova ^{17,19,26,50}.

A OMS tem vindo a sustentar a importância de respostas integradas entre os serviços de saúde e médico-legais, de modo a evitar a repetição do relato e sobre-exposição da vítima a múltiplos profissionais e, em consequência, minimizar a vitimização secundária ^{2,22,31}.

Em alguns países, como Canadá, Reino Unido e Estados Unidos, esta resposta integral é assegurada em centros de crise especializados, onde intervêm enfermeiras especializadas designadas: “*Sexual assault nurse examiners*”, que realizam avaliação clínica, apoio emocional e psicológico, recolha de vestígios forenses e colaboração judicial. Este modelo tem sido associado a maior satisfação das vítimas em quanto ao serviço fornecido e a menor custo económico para o sistema de saúde ^{2,22,31}.

Além da OMS, também na Convenção de Istambul recomenda aos países europeus a criação de centros de crise especializados em VS, idealmente na proporção de um por cada duzentos mil habitantes ²⁶. Em Portugal, o Grupo de Peritos para o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (GREVIO) responsável pela monitorização da aplicação das recomendações da Convenção de Istambul, refere a existência de apenas dois centros desta natureza, localizados em Lisboa e no Porto ^{12,26,42}.

No que concerne ao centro de crise em Lisboa, é gerido pela AMCV e assegura informação, apoio técnico, acompanhamento psicológico, orientação jurídica e grupos de ajuda mútua às vítimas. Contudo, de acordo com informação institucional prestada pela própria associação por correio eletrónico, disponível no Anexo 4, não integra a componente médica nem a médico-legal ^{17,22,26,28,42}.

Face a estas lacunas na resposta integrada, importa considerar o contributo potencial da enfermagem na resposta às vítimas de VSM. A OE reconhece à enfermeira forense a competência no acompanhamento integral, preventivo, eficaz, seguro e oportuno à pessoa, família e comunidade envolvidas em cenários de violência e violação dos direitos humanos, contando atualmente com treze enfermeiros forenses reconhecidos em todo o país ^{13,51}.

Para além da enfermeira forense, a EE-ESMO detém a competência de identificar cuidados de enfermagem relacionados com a saúde sexual e identificar problemas relacionados com a vivência da sexualidade, o que implica necessariamente um conhecimento aprofundado e capacidade de intervenções neste domínio ⁶.

Adicionalmente, as competências essenciais descritas pela *International Confederation of Midwives* (ICM) reconhece explicitamente o dever da EE-ESMO na prestação de cuidados a mulheres vítimas de VSM incluindo a identificação de sinais de violência, a garantia de recolha de provas e o acesso a contraceção de emergência⁵², conforme detalhado no Anexo 5.

Contudo, a intervenção de enfermagem em Portugal em relação a VSM encontra-se limitada. Com o Artigo 2.º da Lei n.º 45/2004 que estabelece que o exame médico-legal deve ser realizado apenas por médicos peritos ou por um médico perito auxiliado por um profissional de enfermagem⁵⁰.

Em síntese, a resposta à VSM em Portugal revela limitações tanto nas intervenções diretas da enfermagem, como ao nível da integração dos cuidados, obrigando frequentemente a mulher a percorrer diferentes profissionais e instituições para obter os apoios necessários. Esta fragmentação pode provocar a vitimização secundária e comprometer a acessibilidade, a continuidade e a humanização da assistência^{2,15,22,26,42}.

II.1.5. Prevenção

A OMS destaca que a violência é evitável e pode ser prevenida, por isso, sustenta que é necessário intensificar os esforços na prevenção, em simultâneo, com a garantia de acesso a serviços adequados para as vítimas^{2,4,31,53}.

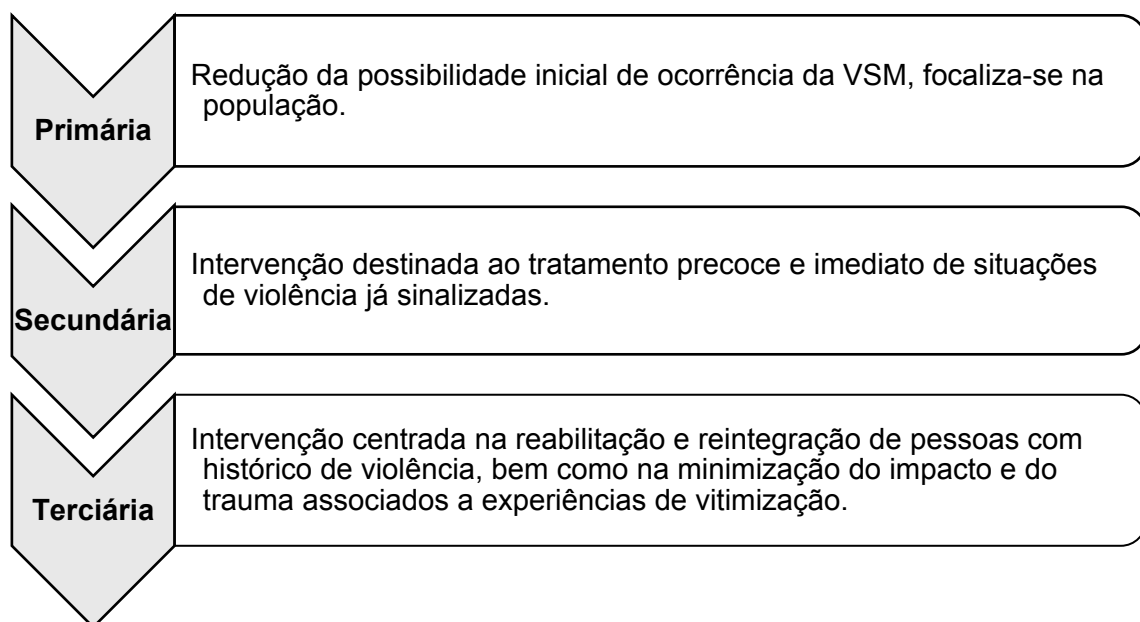
A prevenção da VSM deve assumir uma abordagem multissetorial e ecológica, orientada para a redução de fatores de risco e para a promoção de fatores protetores, especificados no Anexo 6²⁵. As iniciativas devem abranger os indivíduos, as relações, as comunidades e a sociedade, envolvendo as escolas, os locais de trabalho, os serviços de saúde, as organizações não governamentais, o sistema de justiça criminal e a comunicação social^{2,16,25,28,31,53,54}.

Para operacionalizar esta resposta, a OMS desenvolveu a estratégia *RESPECT*, que integra sete medidas de prevenção da violência contra a mulher, detalhadas no Anexo 7^{25,31}.

As estratégias de prevenção da VSM devem ter início em idades precoces, capacitando crianças, adolescentes e jovens a reconhecer e a não reproduzir comportamentos e atitudes que perpetuam esta violência. Pretende-se, assim, transformar normas sociais discriminatórias, promover a igualdade de género, eliminar preconceitos, costumes e tradições assentes na ideia de inferioridade feminina e nos papéis estereotipados atribuídos ao género e ao sexo, bem como fomentar uma cultura de denúncia ^{2,16,25,28,29,31}.

No modelo de saúde pública, distinguem-se três tipos de prevenção da VSM, de acordo com o momento em que a intervenção é realizada, os quais se encontram representados na Figura 4 ^{2,17,53}.

Figura 4: Níveis de prevenção da violência sexual contra a mulher



Em Portugal, no âmbito do SNS, com a finalidade de obter intervenções mais concertadas, articuladas e eficientes face ao fenómeno da violência interpessoal, foi criada a Ação de Saúde sobre Género, Violência e Ciclo de Vida (ASGVCV), que visa apoiar e orientar a intervenção da saúde no domínio da prevenção. Para a execução destas ações nos hospitais e centros de saúde foram criadas as Equipas para a Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) ¹⁵.

As EPVA apoiam a organização da resposta dos serviços de saúde perante situações de violência, através da divulgação de orientações legais, normativas e técnicas, do apoio aos profissionais na abordagem e encaminhamento dos casos identificados e da promoção da sua formação e capacitação ¹⁵.

A criação destas equipas representa um reconhecimento crescente da violência interpessoal como problema de saúde. Porém, a efetividade da sua ação depende da sua operacionalização nos serviços, da articulação interprofissional e da preparação dos profissionais para uma resposta adequada.

Em síntese, a literatura consultada é unânime ao destacar que os profissionais de saúde, incluindo a EE-ESMO, devem expandir o foco além do tratamento das consequências da VSM, devendo também participar em estratégias preventivas e na identificação precoce de situações de risco ^{1,2,15,16}.

II.2. Contributo da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica na violência sexual contra a mulher

O regulamento das competências específicas da EE-ESMO define a mulher, ao longo do seu ciclo reprodutivo, como beneficiária central dos cuidados especializados ^{6,10,55,56}. A intervenção da EE-ESMO abrange áreas particularmente sensíveis da saúde sexual, reprodutiva, materna, ginecológica e comunitária, em que o contacto com a mulher é estreito e continuado ^{6,10,52,56}, constituindo contextos propícios para prevenir, identificar e responder a situações de VSM.

O contributo da EE-ESMO perante a VSM não decorre apenas de uma relação de proximidade assistencial com a mulher, mas também da forma como os cuidados especializados se podem ajustar às exigências clínicas e relacionais deste fenómeno ⁴⁶.

Nesta linha, a teoria do cuidado humano de Jean Watson constitui um guia orientador relevante no contexto da VSM, ao propor um cuidado holístico que protege e promove a dignidade humana ^{5,57,58}.

Watson defende que a ação de cuidar representa o núcleo da profissão de enfermagem, tanto na promoção, manutenção e recuperação da saúde como no apoio ao processo de vida. A finalidade do cuidado, portanto, consiste em auxiliar a pessoa a alcançar um grau mais elevado de harmonia entre a mente, o corpo e a alma ^{5,57-59}.

A VSM não constitui apenas uma agressão ao corpo. A perda de controlo, a ameaça à integridade, a violação da dignidade e o sofrimento emocional que acompanham esta experiência ^{3,12} perturbam a alma da mulher, provocando um estado de mal-estar e desarmonia entre corpo, mente e alma, que conduzem às consequências descritas anteriormente ^{58,59}.

Nesta perspectiva, a teoria de Watson sustenta a necessidade de cuidados de enfermagem que transcendam os paradigmas biomédicos tradicionais e respondam à mulher nas suas dimensões emocional, relacional e espiritual e não apenas enquanto portadora de doença ^{5,46,57-59}.

Os quatro pilares conceituais centrais desta teoria que ajudam a compreender de que modo esse cuidado se concretiza na prática são ^{5,58,59}:

- ❖ Processos caritas: correspondem ao núcleo de práticas que complementam a medicina convencional, incorporam dimensões espirituais e transpessoais, enfatizando o amor e o cuidado como princípios centrais da relação terapêutica.
- ❖ Momento de cuidado transpessoal: descreve que o encontro entre enfermeira e pessoa envolve conexões profundas, que transcendem o ego e promove uma cura espiritual e emocional.
- ❖ Consciência de cuidado e presença energética: sublinha que não é apenas a ação de cuidar, mas sim o modo como se cuida, com presença energética e intencionalidade consciente da enfermeira que define a qualidade do cuidado prestado.
- ❖ Modalidade de cuidados e cura: integram artes de cuidado, como toque terapêutico, meditação e respiração, que harmonizam as dimensões físicas, emocionais e espirituais da mulher.

Estes pilares permitem compreender que o cuidado humano vai mais além dos procedimentos técnicos, concretizando-se na forma como a enfermeira reconhece a pessoa na sua globalidade, estabelece uma relação terapêutica intencional e cria um ambiente de cuidado seguro e promotor da cura ^{5,46,58,59}.

Deste modo, perante a mulher vítima de VSM que pode chegar às áreas de atendimento da EE-ESMO marcada por medo, vergonha e dificuldade em admitir a violência sofrida ^{9,27}, exige da EE-ESMO mais do que competências técnicas especializadas, requer escuta ativa, presença autêntica e conexão interpessoal capaz de acolher a mulher sem julgamento, potenciando a sua autonomia e a sua dignidade fragilizada ^{5,46,47,58,59}.

Esta visão de Watson no cuidado humano encontra expressão na filosofia de cuidados da EE-ESMO, na qual a mulher ocupa o lugar central. Nas diferentes áreas de atuação da EE-ESMO, o modelo de cuidados centrado na mulher privilegia a resposta às necessidades individuais, o envolvimento ativo da mulher no processo assistencial através da promoção de escolhas informadas ^{10,56,60}.

Os pilares deste modelo assentam no reconhecimento da mulher como parceira igualitária e principal decisora no processo de cuidados, cabendo à EE-ESMO promover as escolhas informadas e, em consequência, o empoderamento da mulher ^{10,55,56,60}.

No contexto da VSM, este modelo assume particular relevância, uma vez que a VSM constitui uma transgressão da autonomia corporal ³, exigindo cuidados especialmente sensíveis à preservação do controlo e da capacidade de decisão ^{21,26}.

Este modelo defende que a relação terapêutica estabelecida entre a EE-ESMO e a mulher deve assentar numa comunicação pautada pela cortesia, pelo respeito e pela dignidade, com valorização das suas opiniões, crenças e valores ^{10,55,56}, elementos que, como Watson descreve no momento de cuidado transpessoal, são condições fundamentais para uma cura holística ⁵⁸.

Assim, os cuidados centrados na mulher estabelecem os fundamentos relacionais e éticos da prática da EE-ESMO, contudo, a abordagem a vítimas de VSM exige que estes princípios sejam operacionalizados através de uma perspetiva mais específica e sensível ao trauma que a VSM provoca, através do modelo de cuidados informados pelo trauma ^{61,62}.

Este modelo parte do reconhecimento de que a experiência traumática da VSM não se encerra no momento da agressão, podendo acompanhar a mulher ao longo do seu ciclo de vida ^{61,63,64}.

Deste modo, no âmbito da saúde sexual, reprodutiva e ginecológica, em que os cuidados frequentemente implicam exposição corporal, exames vaginais, procedimentos íntimos, ambientes desconhecidos e multiplicidade de profissionais podem gerar sensação de perda de controlo, podendo ser ativadas as memórias traumáticas que desencadeiam respostas fisiológicas e emocionais semelhantes às experienciadas durante a própria agressão, fenómeno denominado como retraumatização ⁶¹⁻⁶⁴.

Para evitar esta retraumatização, o modelo propõe uma abordagem holística, estruturada e emocionalmente centrada, que privilegia a criação de um ambiente de segurança, a promoção de uma relação terapêutica de confiança, a restauração do sentido de controlo e o empoderamento da mulher durante toda a interação clínica ^{61,62,64,65}.

Entre as estratégias concretas que traduzem esta abordagem incluem-se a solicitação de consentimento antes de qualquer toque ou procedimento, a explicação antecipada e clara de cada etapa dos exames e a possibilidade de interromper, adiar ou adaptar procedimentos, com a utilização de uma linguagem respeitadora ^{61,62,64}.

Embora particularmente relevante no cuidado a mulheres com história de VS, este modelo não deve depender apenas da revelação ou identificação da experiência traumática passada. Pelo contrário, a sua aplicação deve ser universal, promovendo um ambiente assistencial em que todas as mulheres se sintam ouvidas, respeitadas, seguras e no controlo dos seus cuidados ^{61,62,64,65}, em linha com o modelo de cuidados centrados na mulher e na teoria do cuidado humano.

Embora a teoria e os modelos descritos orientem a abordagem da mulher perante a VS, a literatura identifica que os profissionais de saúde enfrentam barreiras significativas na sua prática. Nomeadamente, restrições de tempo, ausência de privacidade, estereótipos enraizados, o receio de ofender a mulher atendida ou de responsabilizar o agressor, sentimento de impotência e insegurança, falta de formação especializada e perceção de falta de responsabilidade neste domínio ^{11,16,31}.

Estas barreiras devem ser superadas pela EE-ESMO, já que está dotada de habilidades para gerir e adaptar-se a contextos de trabalho complexos e imprevisíveis, exigindo abordagens estratégicas inovadoras, garantindo às mulheres os mais altos padrões de cuidados de enfermagem disponíveis ^{10,32}. É a partir deste enquadramento que se fundamenta a intervenção da EE-ESMO perante a VSM, estruturando-se em dois eixos fundamentais: a prevenção e os cuidados diretos.

O foco preventivo requer intervenções ao longo do tempo para ser eficaz, podendo desenvolver-se em todas as esferas de atuação da EE-ESMO ^{18,53}.

A prevenção primária centra-se na promoção de uma sexualidade saudável, livre e consentida, na educação para a igualdade de género e na desconstrução de mitos e estereótipos sociais. Neste âmbito, fornecer conhecimento desempenha um papel crucial, não apenas na transmissão de informação, mas sobretudo na capacidade de mobilizar esse conhecimento, promovendo o empoderamento da mulher ^{6,15,18,25,53}.

A implementação de programas de educação sexual que explorem os aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais da sexualidade visa, não apenas a redução dos comportamentos de risco, mas também o fomento de mudanças positivas nas atitudes, contribuindo para experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas ^{11,12,15,31,54}.

Neste sentido, divulgar informação sobre o que constitui a VSM e as suas diversas formas, desfazer mitos, destacar as suas graves consequências e informar sobre os serviços e tratamentos disponíveis são ações cruciais para fortalecer a consciencialização da sociedade deste fenómeno ^{2,31,53,54}.

A prevenção secundária incide na identificação precoce de fatores de risco e sinais de vulnerabilidade, permitindo uma intervenção e referenciação atempadas ².

A EE-ESMO deve estar particularmente atenta ao contexto da gravidez, período em que existe evidência de um aumento de risco e vulnerabilidade de violência nas relações de intimidade, com consequências que podem comprometer a saúde materna e o desenvolvimento fetal ^{12,16,47}.

Neste contexto, o rastreio durante a vigilância pré-natal assume especial relevância, devendo a EE-ESMO identificar precocemente sinais de controlo, coerção ou vulnerabilidade, reforçar a literacia sobre direitos sexuais e reprodutivos e orientar atempadamente para os recursos de apoio disponíveis. Para tal, é preciso uma relação terapêutica de confiança, como enfatiza a teoria e os modelos descritos ^{12,21,66}.

A prevenção terciária compreende o acompanhamento da mulher após a experiência de VS, com vista a minimizar as consequências, a potenciar o bem-estar, bem como prevenir a vitimização secundária e revictimização ²¹. Em consequência, os cuidados da EE-ESMO à mulher vítima de VS exigem um atendimento individualizado que mostre a verdadeira essência da profissão: cuidar ⁴⁶.

O momento em que uma mulher revela a violência sofrida é um momento de vulnerabilidade, mas também de potencial transformação. A forma como a EE-ESMO acolhe esse encontro, com presença autêntica, escuta ativa e ausência de julgamento determina, em grande medida, se o espaço partilhado se converte num momento de cura, como descrito na teoria de Watson ou, pelo contrário, num momento de vitimização secundária ⁴⁶.

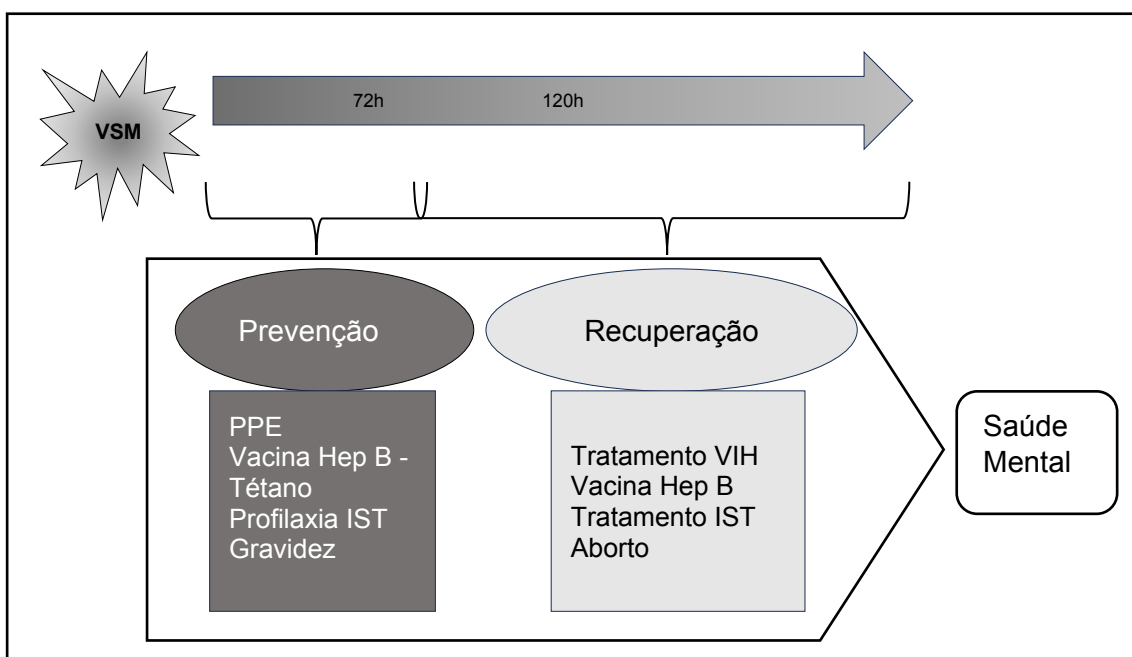
Independentemente das circunstâncias ou no âmbito da prestação de cuidados, a EE-ESMO que entra em contacto com mulheres vítimas de VS deve proporcionar um suporte em primeira linha, favorecendo uma recuperação holística do trauma ⁴⁷.

O suporte em primeira linha consiste em proporcionar conforto emocional, reduzir o impacto imediato do evento e encaminhar para apoio adicional. Pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, mas deve assegurar a confidencialidade e a privacidade. Envolve cinco elementos simples representados na palavra inglesa “LIVES”, cuja descrição detalhada se encontra no Anexo 8 ⁴⁷.

Este suporte em primeira linha não visa a resolver todos os problemas. Não se deve persuadir nem forçar a denúncia à polícia, nem é necessário fazer perguntas detalhadas que façam a pessoa reviver explicitamente as circunstâncias da agressão ou os seus sentimentos ⁴⁷.

De facto, dentro do suporte em primeira linha, a EE-ESMO deve avaliar as necessidades de saúde que a mulher precisa e ajustar a informação proporcionada a mulher ao momento específico no que se encontra, promovendo escolhas informadas, em consonância com o modelo de cuidados centrado na mulher ⁴⁷. Os momentos do protocolo de atuação perante a VSM encontram-se sintetizados na Figura 5.

Figura 5: Momentos do protocolo de atuação da violência sexual

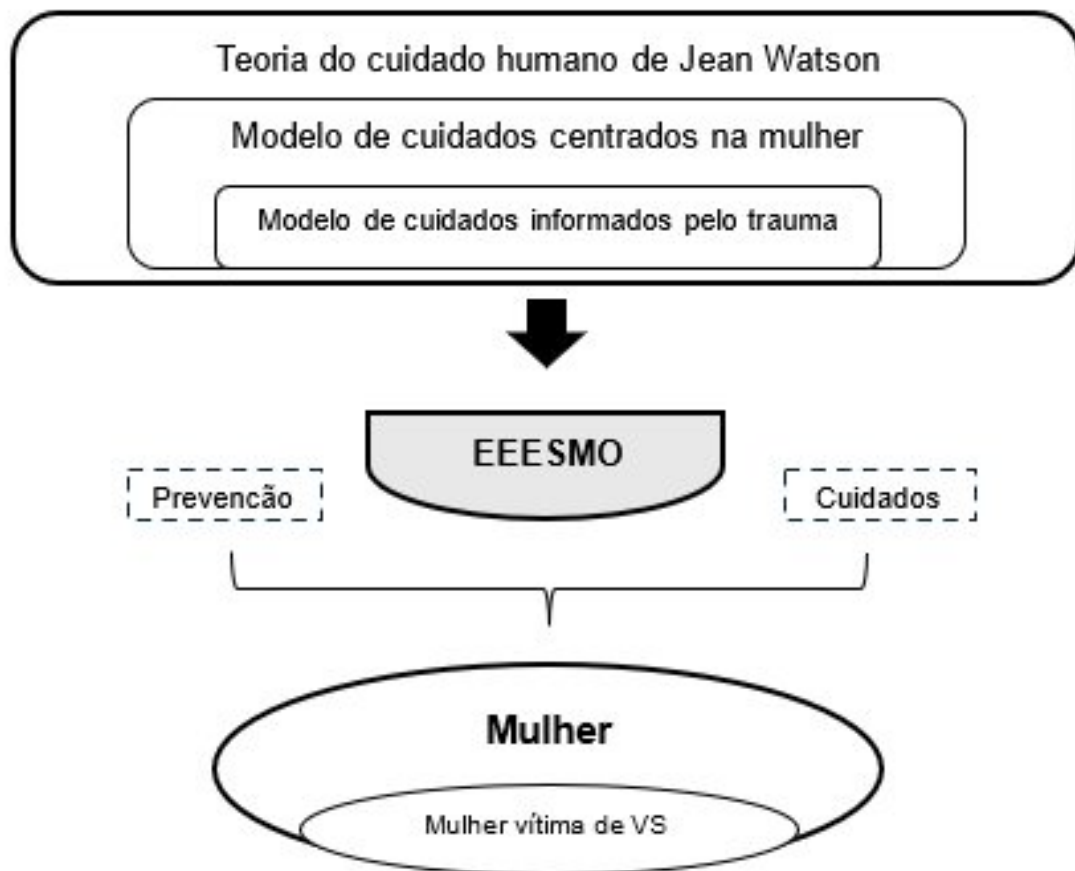


Nos casos em que a mulher não revela a situação de violência, mas existe algum sinal ou sintoma de suspeita, a EE-ESMO não deve pressionar a vítima a falar e deve dar tempo, informando acerca de serviços e recursos disponíveis, das possíveis consequências para a sua saúde e tentando marcar consultas de seguimento para acompanhar o processo. Relembrando que a decisão de sair de uma relação de violência deverá ser sempre tomada pela vítima ¹².

Deste modo, os cuidados diretos da EE-ESMO perante a VSM vão desde o suporte emocional imediato até proporcionar informação e cuidados adaptados à situação concreta. Validar os seus sentimentos, eximi-la de culpa e reforçar os seus mecanismos de adaptação positivos respeitando a sua decisão constituem os pilares básicos da intervenção da EE-ESMO ¹².

Em síntese, o contributo da EE-ESMO perante a VSM resulta da combinação entre acesso privilegiado, competência especializada e filosofias de cuidados que colocam a dignidade, a autonomia e o bem-estar da mulher no centro de toda a intervenção, como representa a Figura 6.

Figura 6: Enquadramento conceptual do contributo da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica na mulher vítima de violência sexual



Neste âmbito, a EE-ESMO assume um papel de defensora da mulher, promovendo e protegendo ativamente o seu bem-estar e os seus direitos humanos ^{55,56}, contribuindo para uma abordagem, trazida por Liz Kelly, que não a reduz a uma mera condição de vítima, mas valoriza e potencia o seu papel ativo enquanto sobrevivente ²⁹.

III. Percurso de desenvolvimento das competências comuns, específicas e de mestre da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica

O presente capítulo constitui o núcleo central deste relatório, visto que descreve e analisa o percurso de desenvolvimento das competências adquiridas e consolidadas ao longo do estágio profissional em enfermagem de SMO, realizado entre 27 de fevereiro de 2025 até 10 de fevereiro de 2026 e cujo cronograma se representa no Anexo 9 ⁸.

Este percurso integrou diferentes Ensinos Clínicos (ECs) permitindo o contacto com a globalidade do ciclo reprodutivo da mulher, tal como preconizado no plano formativo do mestrado, com uma carga total de 1018 horas ⁸.

Os ECs constituíram um espaço privilegiado de consolidação e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos durante o curso, mediante a sua aplicação em contextos reais de prática clínica, sob acompanhamento e orientação duma Supervisora Clínica (SC) ⁸.

O fio condutor dos ECs foram as atividades e objetivos descritos previamente no plano de projeto desenvolvido na unidade curricular de pedagogia e supervisão clínica ⁸. A sua operacionalização permitiu desenvolver atividades no âmbito da prevenção, identificação e cuidados na VSM.

Para cada EC foi elaborada uma caracterização do contexto, incluindo um diagnóstico de situação que permitiu delinear as atividades, de natureza assistencial e formativas, ajustadas à realidade e aos objetivos previamente descritos ⁸.

Foi através deste percurso que se tornou possível a análise reflexiva dos resultados obtidos, dos ganhos em saúde e do desenvolvimento das competências previstas no regulamento das competências comuns da enfermeira especialista e no regulamento das competências específicas da EE-ESMO, bem como os descritores de Dublin para as competências associadas ao grau de mestre ^{6,32,67}.

Por uma questão de confidencialidade e respeito pelos princípios éticos, não são apresentadas referências que permitam identificar os locais de estágio, nem os intervenientes, explicitando-se apenas que decorreram em unidades de saúde da região de Lisboa.

III.1. Ensino clínico I

O EC I decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), entre 27 de fevereiro e 4 de abril de 2025, com uma carga horária total de 148 horas.

A UCC serve uma população de aproximadamente 55.000 utentes, distribuída por cinco unidades locais de saúde, das quais 54,6% são mulheres. Destas, cerca de 10.000 mulheres (18%), encontram-se em idade fértil (entre os 15 e os 44 anos), dados obtidos do manual de integração da UCC.

Trata-se de uma área globalmente favorecida do ponto de vista socioeconómico, mas que inclui realidades marcadas pela diversidade cultural, migração e vulnerabilidade social. Esta heterogeneidade populacional confere particular pertinência a intervenções sensíveis às desigualdades no acesso à informação e à saúde, às barreiras linguísticas e à necessidade de abordagens culturalmente ajustadas.

A equipa multiprofissional da UCC é composta por treze profissionais, distribuídas pelos diferentes serviços fornecidos, nomeadamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (três enfermeiros especialistas em reabilitação e médico-cirúrgica), a Saúde Escolar (duas enfermeiras especialistas em saúde infantil), a Saúde Materna e Obstétrica (uma EE-ESMO), uma coordenadora da UCC (uma enfermeira especialista em reabilitação), duas técnicas de serviço social (com 40% e 20% de carga horária), duas psicólogas clínicas (com 17% de carga horária cada uma), uma assistente operacional e um motorista.

No âmbito da SMO, a UCC desenvolve intervenções autónomas de educação para a saúde e acompanhamento especializado da mulher e família, destacando-se os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP), o Curso de Recuperação Pós-parto e Massagem Infantil (CRPMI), as consultas de apoio à amamentação e o programa de doação de leite humano. A EE-ESMO colabora ainda com a saúde escolar na dinamização de sessões de educação sobre afetos e sexualidade para alunos do 7.º e 8.º ano.

Na UCSP, a EE-ESMO, em regime de turno extraordinário um dia por semana, assegura as consultas autónomas na vigilância da gravidez, do planeamento familiar e do pós-parto, para as mulheres sem médico de família atribuído, articulando posteriormente com a médica, por via eletrónica, para efeitos de prescrição e referenciação. Este modelo de funcionamento torna particularmente visível a autonomia clínica e organizativa da EE-ESMO na prestação de cuidados diferenciados à mulher nos cuidados de saúde primários.

A experiência e diferenciação da SC, com percurso consolidado nos cuidados de saúde primários e experiência significativa em supervisão clínica, constituíram um recurso formativo decisivo para a qualidade da aprendizagem desenvolvida. A sua forte vocação para os cuidados centrados no bem-estar da mulher, na defesa dos direitos e no empoderamento da mulher alinhava-se com as bases do plano de projeto, impulsionando a realização das atividades e a concretização dos objetivos.

No que respeita ao **diagnóstico de situação**, a análise das características e do funcionamento da UCC permitiu identificar um conjunto de potencialidades e constrangimentos relevantes para a operacionalização das distintas atividades descritas no plano de projeto.

Entre as potencialidades, destacavam-se a autonomia da EE-ESMO, a existência de múltiplos espaços de contacto com mulheres em contextos particularmente pertinentes no domínio da sexualidade (como o planeamento familiar, a sexualidade durante a gravidez e no pós-parto), o forte interesse formativo do serviço e a abertura demonstrada pela equipa para abordar o tema da VSM.

Em contrapartida, identificaram-se também constrangimentos relevantes, nomeadamente, a inexistência de protocolos específicos de atuação perante situações de VSM, o que dificulta a sistematização da abordagem e da referenciação. O recurso temporal limitado das profissionais de psicologia e das técnicas de serviço social, incluindo a que se integra na EPVA, condiciona o desenvolvimento de ações de prevenção e formação, tal como foi revelado na reunião informal, cuja minuta se encontra detalhada no Apêndice C.

Acresce que, tanto nas consultas de vigilância da gravidez como nos cursos CPPP e CRPMI, a densidade dos conteúdos clínicos e educativos a abordar limitava a possibilidade de aprofundar outros temas como a VSM. Esta limitação não decorria de desvalorização da temática, mas antes das exigências assistenciais e pedagógicas próprias destes contextos, centrados em múltiplas necessidades imediatas da grávida.

III.1.1. Objetivos e atividades

Os objetivos definidos para este EC I organizaram-se em dois eixos complementares: por um lado, a prestação de cuidados de enfermagem especializados em SMO em contexto de cuidados de saúde primários, e por outro lado, a concretização dos objetivos delineados no plano de projeto, os quais se encontram detalhados no Apêndice D.

No **eixo clínico** o objetivo consistiu em proporcionar cuidados de enfermagem especializados em SMO à mulher inserida na família e na comunidade, no âmbito do planeamento familiar, consulta preconcecional, vigilância pré-natal, consultas de apoio à amamentação, consulta pós-parto, programas de preparação para a parentalidade, adaptação ao climatério e consulta ginecológica e senologia ⁶.

Este objetivo foi progressivamente alcançado através da participação inicial e posterior realização supervisionada de todas as consultas da EE-ESMO e da dinamização das sessões de CPPP e CRPMI, o que permitiu desenvolver as competências específicas em SMO requeridas para este EC I, destacando, **1 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional, 2 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal e 4 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal** ⁶.

Especificamente nas consultas de vigilância da gravidez, foi perceptível a necessidade recorrente de consultar recursos online da DGS para avaliar o grau de risco da gravidez, a progressão ponderal e os exames laboratoriais preconizados para cada trimestre, o que se identificou como um fator que limitava a fluidez da consulta.

Para melhorar este aspeto, foram elaboradas as plastificações dos três instrumentos de consulta, em formato marcador de livros, para integrar na agenda da SC, facilitando o acesso imediato à informação necessária.

Esta atividade contribuiu para adquirir competência específica **2.1.1 — Planeia e implementa intervenções de promoção da saúde pré-natal, 2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e 2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação**, e competência comum **B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua** ^{6,32}.

Cabe destacar que a dinamização do CPPP em inglês e ajustado às crenças culturais garantiu o acesso à informação equitativo a casais migrantes, aprofundando a competência específica **2.1.8 — Implementa programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável** e a competência comum **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** e **A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos** ^{6,32}.

No âmbito do plano de projeto, foram definidos os objetivos específicos: (1) apresentar o plano de projeto à equipa de saúde, (2) promover ações de prevenção da VSM, (3) reconhecer os cuidados diretos à mulher vítima de VS e (4) incentivar a colaboração com os serviços disponíveis.

Numa fase inicial, o foco centrou-se na integração na UCC e UCSP, no conhecimento da organização do serviço, da equipa multidisciplinar, das rotinas assistenciais da EE-ESMO, bem como na partilha do plano de projeto com a SC e na adaptação das atividades previstas. O plano de atividades e o cronograma encontra-se detalhado no Apêndice E.

Esta etapa permitiu redefinir prioridades, ajustar o plano inicial às possibilidades concretas do contexto e identificar oportunidades realistas de intervenção, evidenciando o desenvolvimento da competência comum **C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados** ³².

No âmbito da promoção de ações de prevenção da VSM, as consultas de planeamento familiar e de pós-parto constituíram contextos privilegiados de intervenção, por permitirem abordar, de forma integrada, a saúde sexual, a contraceção, a autodeterminação e o consentimento. Promovendo uma vivência da sexualidade positiva, informada e consentida, como estratégia preventiva face a dinâmicas de coerção, controlo e violência.

Esta abordagem articulou-se com competências específicas **1.1 — Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual**, **1.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual**, **4.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto** e **7.2 — Intervém no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva**, paralelamente com a competência **1.1.5 — Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar** ⁶.

Nos CPPP promoveu-se o envolvimento dos parceiros nos cuidados ao RN e à reflexão sobre a partilha equitativa de responsabilidades parentais, aspetos que se articulam com estratégias mais amplas de promoção da igualdade de género e prevenção da violência contra a mulher descritas pela OMS ⁵⁴, ao incentivar modelos relacionais mais cooperativos, respeitadores e não assentes em assimetrias de género e de poder, mobilizando a competência específica **2.1.8 —Implementa programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável e 4.1.6 — Planeia programas de intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável** ⁶.

Ainda no âmbito da prevenção, não foi possível dinamizar sessões de educação para a saúde na prevenção da VSM na saúde escolar, uma vez que estas se encontravam calendarizadas para maio de 2025, já fora do período correspondente ao EC I. Contudo, foi possível dar um contributo através da revisão das apresentações destinadas a essas sessões, incentivando a competência comum **D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica** ³².

No que concerne à atividade de desenvolver material informativo, elaborou-se um **folheto de sensibilização sobre VSM** (Apêndice F), dirigido aos utentes da UCC e disponibilizado na sala de espera da unidade, em articulação com os restantes materiais informativos do serviço. O folheto ficou ainda previsto para distribuição nas feiras de saúde programadas ao longo do ano nos diferentes centros de saúde da área de abrangência.

A elaboração deste material teve como finalidade divulgar informação sobre a definição de VSM, as suas principais consequências, a desconstrução de mitos e crenças erróneas e os recursos de apoio disponíveis. Tal como sustentado no enquadramento teórico, a disponibilização de informação constitui uma estratégia relevante de promoção da saúde, contribuindo para a sensibilização e prevenção primária da VSM ^{2,22,24}.

A realização do folheto articulou-se com competências específicas **7 — Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**, nomeadamente nas unidades de competência **7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva** e **7.1.7 — Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil**. Simultaneamente, nas competências comuns **B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica** e **A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação** ^{6,32}.

No que respeita ao objetivo de reconhecer os cuidados diretos perante a mulher vítima de VS, não foi identificada nenhuma situação concreta durante as consultas ou nos cursos do EC I que permitisse operacionalizar suporte em primeira linha ou elaborar um plano de intervenção individualizado, como previamente preestabelecido no plano de projeto.

Ainda assim, este objetivo foi trabalhado na sua dimensão formativa, através da partilha de informação com os profissionais sobre protocolos, fluxogramas e resposta assistencial, com foco na identificação de fatores de risco, no rastreio e deteção precoce, assim como na promoção de cuidados humanizados que favorecem tanto a revelação de situações de violência como uma abordagem que evite a vitimização secundária.

Neste sentido, para responder ao objetivo incentivar a prevenção e os cuidados diretos a vítimas, foram concretizadas **duas sessões de consciencialização sobre a VSM**, uma dirigida especificamente às EE-ESMOs dos centros de saúde da área de abrangência da UCC (plano da sessão no Apêndice G) e outra dirigida a profissionais de saúde da própria UCC (plano da sessão no Apêndice H).

Com estas duas sessões pretendeu-se partilhar a informação relevante sobre a VSM, com base na evidência científica e adaptada aos participantes e às suas respetivas áreas de atuação, de modo a fomentar ações de prevenção, identificação, cuidado e referenciação da VSM. As respetivas apresentações com o conteúdo fornecido encontram-se inseridas no Apêndice I e Apêndice J.

Estas intervenções permitiram, através da formação dos pares, potenciar a competência específica **7 — Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade**, e as competências comuns **D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos** ^{6,32}.

Por último, para o objetivo de reforçar a articulação com os serviços de apoio, foi possível realizar **duas sessões de educação para a saúde** com uma instituição dedicada à integração social de mulheres trabalhadoras do sexo. A primeira sessão abordou a higiene íntima e a prevenção das IST (cartaz da sessão disponível no Apêndice K). Esta sessão registou elevada participação e revelou particular interesse por parte das usuárias em obter mais informação sobre a profilaxia pós-exposição ao VIH.

Na sequência desse interesse, programou-se uma segunda sessão sobre emergências médicas básicas e primeiros socorros, que incluiu também situações de agressão sexual e profilaxia pós-exposição. Esta abordagem revelou-se especialmente pertinente, tendo em conta a maior vulnerabilidade desta população à VS ². O plano de sessão e os materiais da apresentação encontram-se nos Apêndice L e Apêndice M.

O contacto com esta população e a realização das sessões de educação exigiu competências comuns **A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional, A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação**, em paralelo com a mobilização de competências específicas **7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva, 1.2.2 — Realiza intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e 7.1.7 — Advoga e promove estratégias de “empowerment” para as mulheres em idade fértil** ^{6,32}.

III.1.2. Resultados e ganhos em saúde

Os principais ganhos deste EC I situaram-se no reforço da literacia sobre a VSM, quer junto de profissionais de cuidados de saúde primários com contacto privilegiado e longitudinal com as mulheres, quer junto da população, através do folheto informativo disponibilizado na UCC e da informação transmitida nas diferentes consultas e cursos realizados neste estágio.

Para avaliar os resultados das sessões realizadas, foram disponibilizados questionários de avaliação após cada sessão, com o intuito de conhecer o impacto e a qualidade da sessão, detalhados no Apêndice N e Apêndice O. A utilização destes instrumentos de avaliação traduz o desenvolvimento da competência comum **D2.1.5 — Avaliar o impacto da formação** ³².

As sessões de consciencialização sobre VSM dirigidas a profissionais de saúde contaram com a participação de onze profissionais. A análise dos resultados dos questionários de avaliação, apresentada no Apêndice P, revelou uma apreciação globalmente muito positiva. A totalidade dos participantes classificou a sessão como "boa" ou "muito boa" e considerou os conteúdos "relevantes" ou "muito relevantes" para a sua prática clínica, sendo que 100% referiu ter obtido ganhos de conhecimento com a formação. Sendo, deste modo, evidenciada a competência comum de **D2.2.1 — Atuar como dinamizadora e gestora da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos** ³².

Estes resultados indicam que a intervenção contribuiu de forma concreta para a consciencialização e capacitação dos profissionais relativamente à temática da VSM, reforçando o conhecimento sobre identificação, cuidado e referenciação, numa área em que o diagnóstico de situação havia identificado lacunas, demonstrando a efetividade da competência comum **D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativa** ³².

As sessões realizadas na instituição social contaram com a participação de treze profissionais, entre funcionários e mulheres acolhidas pela instituição. A análise dos resultados, apresentada no Apêndice Q, evidenciou uma satisfação global elevada com 90,9% dos participantes atribuíram classificação positiva à sessão, 72,7% reconheceu a relevância do conteúdo para as suas necessidades e 90,9% manifestou interesse em participar em futuras formações.

A experiência com esta instituição constituiu um dos momentos mais significativos deste EC I. A elevada participação e o interesse demonstrado, particularmente em relação às IST e à profilaxia pós-exposição evidenciaram necessidades concretas de informação no âmbito da saúde sexual e ginecológica. As sessões de educação para a saúde traduziram-se, assim, num contributo relevante para a promoção da saúde e para o empoderamento da mulher, reforçando a sua capacidade para tomar decisões informadas face aos riscos a que estão expostas.

No seu conjunto, os resultados obtidos sugerem a pertinência da intervenção da EE-ESMO nos cuidados de saúde primários, com a promoção da saúde sexual, ginecológica e reprodutiva, particularmente através de estratégias de educação, prevenção e formação no âmbito da VSM.

III.2. Ensino clínico II e III

Os ECs II e III decorreram num hospital público de referência nacional em obstetrícia e ginecologia, entre 7 e 17 de abril de 2025, com uma carga total de 59 horas. A primeira semana decorreu na unidade de diagnóstico pré-natal e nas consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) e a segunda semana no bloco operatório do serviço de ginecologia.

Pela natureza específica destes ECs, centrados na observação participativa de procedimentos diagnósticos com restrição temporal e assistencial, não se apresentam atividades e objetivos previamente definidos no plano de projeto. Não obstante, constituíram contextos de aprendizagem clinicamente ricos, com contributos relevantes para o desenvolvimento de competências.

Na unidade de diagnóstico pré-natal, foi possível observar a realização de amniocenteses a grávidas com riscos de alteração cromossómicas fetais, identificadas nos rastreios combinados do primeiro trimestre. O que permitiu participar na preparação previa da grávida, no próprio procedimento e no recobro posterior, no qual foram avaliados o estado clínico, prestados ensinamentos sobre o procedimento, os cuidados a ter e os sinais de alarme no domicílio, além de dar suporte emocional durante todo o processo.

Este contexto permitiu desenvolver as competências específicas **2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal, 2.2.2 — Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos, 2.2.1 — Informa e orienta a grávida sobre os sinais e sintomas de risco e 2.1.7 — Implementa intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez** ⁶.

As consultas de IVG constituíram o momento formativo mais marcante pelo papel autónomo da EE-ESMO que coordena integralmente estas consultas. Desde o diagnóstico ecográfico e datação da gravidez, fornecendo informação detalhada sobre o processo, os requisitos legais, a terapêutica, os possíveis efeitos secundários, os sinais de alarme, até ao acompanhamento pós-aborto e a consulta de planeamento familiar, oferecendo suporte emocional durante todo o processo e respeitando a autonomia e confidencialidade da mulher.

Estas consultas permitiram desenvolver as competências específicas **2.1.3 — Diagnostica a gravidez, 2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, 2.2.10 — Concebe intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto e 2.2.11 — Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação**, além da competência comum de **A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde** ^{6,32}.

Na semana seguinte, no bloco operatório de ginecologia, foram observadas histeroscopias, histerectomias e miomectomias, o que permitiu compreender a complexidade anatómica e clínica destas intervenções, que requerem uma equipa multidisciplinar coordenada e com sensibilidade nos cuidados à mulher a vivenciar estes processos marcantes. Esta experiência permitiu desenvolver competências específicas **6.3.3 — Implementa medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho genito-urinário e 6.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho genito-urinário** ⁶.

Especificamente nas histeroscopias, a enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica com pós-graduação em controlo da dor, atribuída para estes procedimentos, demonstrou uma abordagem autónoma e particularmente humanizada, recorrendo a métodos não farmacológicos similares aos utilizados no trabalho de parto para facilitar o alívio e controlo da dor durante este procedimento, para assim garantir um maior conforto à mulher ⁶⁸.

Esta observação adquiriu um significado particular pela experiência pessoal prévia neste procedimento, realizado noutro hospital sem recurso aos métodos não farmacológicos. Constatei, assim, como a qualidade dos cuidados de enfermagem pode melhorar significativamente a experiência da mulher. Esta perspetiva reforçou a motivação para **B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade**, previstas nas competências comuns da enfermeira especialista ³².

III.3. Ensino clínico IV

O EC IV decorreu numa unidade de medicina materno-fetal entre 19 de maio e 3 de junho de 2025, tendo sido complementado por uma semana adicional, entre 21 e 25 de julho de 2025, correspondendo a uma carga horária total de 129 horas.

Esta unidade, inserida num hospital público diferenciado, assegura a prestação de cuidados materno-fetais à população da sua zona de abrangência e recebe frequentemente situações de maior complexidade referenciadas de outras regiões do país.

A unidade integra a consulta de IVG, a consulta de vigilância da gravidez de alto risco em situações de doença materna, patologia específica da gravidez e doença fetal e o internamento de medicina materno-fetal, responsável pelos cuidados assistenciais a grávidas com necessidade de internamento hospitalar, incluindo situações de maturação cervical e indução do trabalho de parto.

O internamento dispõe de catorze vagas, distribuídas por três salas de quatro camas e dois quartos individuais, destinados a situações clínicas que necessitam de isolamento ou privacidade. A equipa multidisciplinar do serviço é constituída por vinte EE-ESMOs, seis enfermeiras de cuidados gerais, onze assistentes operacionais, a equipa médica de obstetrícia e o apoio de serviço social, nutricionista, psicólogo e capelão.

Três vezes por semana realiza-se uma reunião multidisciplinar de todo o departamento de obstetrícia, na qual são apresentados os casos clínicos e discutidos os planos de cuidados previstos ao longo do percurso assistencial. Esta dinâmica revelou-se particularmente enriquecedora, por permitir uma visão integrada do circuito de atendimento da grávida, favorecer a articulação entre os diferentes serviços e contribuir para a uniformização e continuidade dos cuidados.

No que respeita ao **diagnóstico de situação**, destacaram-se como potencialidades a sensibilidade da equipa para a temática com a existência de um fluxograma de atuação perante situações de violência doméstica à mulher, já implementado no serviço.

A SC com domínio transversal em todas as áreas de intervenção da unidade materno-fetal e com um papel de liderança na organização dos cuidados especializados, constituiu um potencial formativo relevante. Acresce que este contexto possibilitou o contacto com situações obstétricas de elevada complexidade, favorecendo o desenvolvimento do raciocínio clínico, da capacidade de priorização e da tomada de decisão em cuidados especializados à grávida em situação de maior vulnerabilidade.

Como constrangimentos, identificou-se a própria natureza do contexto assistencial, marcado por elevada complexidade clínica com necessidade de respostas imediatas e exigentes. Acresce que as grávidas se encontravam, na sua maioria, emocionalmente centradas e preocupadas com o seu próprio bem-estar e no do seu bebé, o que limitou a pertinência e a oportunidade de abordar diretamente a VSM.

Para além disso, devido à incapacidade médica sofrida nas primeiras semanas de estágio, foi necessário reajustar o cronograma de atividades inicialmente previsto no plano, privilegiando atividades inerentes ao exercício profissional específico da EE-ESMO e às necessidades reais do serviço, nomeadamente na implementação de um novo protocolo de indução do trabalho de parto.

III.3.1. Objetivos e atividades

Os objetivos definidos para este EC IV organizaram-se em dois eixos principais, por um lado, a prestação de cuidados especializados em SMO no contexto do serviço materno-fetal, por outro, a concretização dos objetivos delineados no plano de projeto, apresentados no Apêndice R.

Numa fase inicial, as atividades centraram-se na integração no serviço, no conhecimento da sua organização funcional, da equipa multidisciplinar, das rotinas assistenciais e dos circuitos de atendimento.

A partilha do plano de projeto com a supervisora clínica nesta fase, com a discussão das atividades previstas permitiram adaptar o plano ao contexto concreto, redefinir prioridades e identificar oportunidades de intervenção realistas face à natureza do serviço e a limitação temporal decorrente da incapacidade médica nas primeiras semanas do estágio.

Esta etapa revelou-se particularmente importante, não apenas para adequar o plano à realidade encontrada, mas também para maximizar as oportunidades de aprendizagem clínica face ao constrangimento temporal, demonstrando o ganho na competência comum **D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional** ³². O cronograma e o plano de atividades encontram-se apresentados no Apêndice S.

No eixo clínico, o contacto com a consulta de IVG permitiu consolidar competências já iniciados no EC II, em relação a **2.1 — Promove a saúde da mulher em situação de abortamento** e **2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação em situação de abortamento**, mas agora enquadrados num modelo organizativo distinto, o que enriqueceu a compreensão da gestão clínica, da continuidade assistencial e da adaptação da intervenção da EE-ESMO a diferentes formas de organização dos cuidados, potenciando a competência comum **C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde** ^{6,32}.

Nas consultas de vigilância da gravidez de alto risco, foi possível dar continuidade ao percurso iniciado nos cuidados de saúde primários. O contacto com grávidas com diabetes gestacional, hipertensão gravídica e outras patologias maternas ou fetais permitiu aprofundar a compreensão do seguimento hospitalar destas situações, completando o ciclo de aprendizagem iniciado no EC I, agora numa perspetiva de maior complexidade clínica e com forte articulação multidisciplinar.

Este contexto favoreceu o ganho em competências específicas **2.2.3 — Prescrever exames auxiliares de diagnóstico necessários à deteção de gravidez de risco**, **2.2.8 — Concebe, planeia e implementa intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável**, bem como **2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante** ⁶, evidenciando a importância da continuidade e articulação entre os diferentes níveis de cuidados no acompanhamento da grávida de risco.

No internamento de grávidas, acompanharam-se situações de internamento por causa materna ou fetal com quadros clínicos complexos que exigiram vigilância contínua, antecipação de necessidades e adequação permanente dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas **2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados**, **2.2.6 — Avaliar o bem-estar materno-fetal** e **2.3.3 — Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez** ⁶.

Importa salientar que uma parte significativa das grávidas internadas apresentava risco elevado de parto pré-termo, situação que, para além das implicações clínicas, acarreta uma elevada sobrecarga emocional marcada pela ansiedade, medo e angústia ⁶⁸. Neste âmbito, a minha experiência profissional em neonatologia constituiu uma mais-valia relevante, permitindo prestar **informação individualizada às grávidas sobre a unidade de neonatologia**, as suas características e funcionamento, as necessidades específicas do RN prematuro e a proteção precoce do aleitamento materno e da vinculação parental.

Para facilitar esta partilha de informação, foi elaborado um suporte visual em formato *collage*, apresentado no Apêndice T, como estratégia facilitadora da compreensão e da preparação parental. Este recurso permitiu mobilizar conhecimento de áreas adjacentes ao serviço dos cuidados à grávida, que favoreceram o desenvolvimento de competências especializadas **2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, 2.1.7 — Concebe, planeia, e implementa programas e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez e 2.1.9 — Concebe, planeia e implementa intervenções de promoção do aleitamento materno**, incluindo a competência comum **D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos e D2 — Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica, mobilizando conhecimento de áreas adjacentes** ^{6,32}.

Entre as experiências mais marcantes do internamento destacam-se as situações de abortamento espontâneo e de interrupção médica da gravidez, vivenciadas pela primeira vez neste contexto. A intensidade emocional inerente a estas situações e a exigência de uma prática simultaneamente humanizada, eticamente fundamentada e sensível ao sofrimento da mulher e da sua pessoa significativa constituíram um desafio formativo de grande relevância.

No âmbito do internamento, a EE-ESMO assume um papel central e diferenciado, sendo responsável pelo acolhimento da mulher e da pessoa significativa ao serviço, pelo planeamento e início da indução do processo de abortamento, bem como pela prestação de apoio contínuo e cuidados especializados durante o período expulsivo. Nas situações em que a gravidez se encontra numa fase mais avançada e a mulher evolui para a fase ativa do trabalho de parto, procede-se à referência e transferência para o bloco de partos, assegurando a continuidade e segurança dos cuidados. Após a conclusão do processo de abortamento, a EE-ESMO mantém a vigilância clínica e o acompanhamento da mulher até à alta hospitalar, respondendo às suas necessidades físicas, emocionais e psicológicas.

Estas situações exigiram uma capacidade de gerir emoções de forma a manter uma resposta profissional eficaz mesmo sob pressão, mobilizando competências específicas **2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação em situação de abortamento e 2.3.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento**, bem como competências comuns **D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda** ^{6,32}.

Outro aspeto formativo relevante foi a **implementação de um novo protocolo** de indução do trabalho de parto. As competências acrescidas da SC permitiram liderar a sua aplicação clínica direta junto das mulheres internadas, nomeadamente através da administração dos agentes farmacológicos de indução, da monitorização materno-fetal, da avaliação da progressão do trabalho de parto e da orientação e supervisão dos restantes enfermeiros na sua operacionalização. A participação em reuniões formais e discussões com a equipa multidisciplinar contribuiu para a análise crítica dos resultados, a identificação de oportunidades de melhoria e a construção de consensos interdisciplinares.

Este percurso traduziu-se no desenvolvimento de competências comuns **B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**, incluído a competência específica **3 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto** ^{6,32}.

No **âmbito do plano de projeto**, verificou-se que o internamento de grávidas e as consultas de gravidez de alto risco, apesar de não constituir um contexto especificamente facilitador para a abordagem direta da prevenção da VSM, pode configurar-se como um espaço relevante para a detecção precoce de situações de risco de violência na relação de intimidade. Através de uma atenção à dinâmica entre a grávida e o parceiro íntimo durante o internamento, sempre que clinicamente oportuno, foram valorizadas oportunidades de intervenção educativa e relacional.

Esta leitura é coerente com as competências comuns **A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas** e **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** e a competência específica **2.2.5 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação** ^{6,32}.

Relativamente ao objetivo de reconhecer os cuidados diretos da EE-ESMO perante a grávida vítima de VSM, foi desenvolvida uma **sessão de consciencialização da VSM** dirigida à equipa de enfermagem, com base na evidência científica e adaptada à realidade do serviço, cujo plano de sessão e apresentação se encontram nos Apêndices U e Apêndice V.

Em paralelo, foi elaborado um **fluxograma de atuação perante situações de VSM** (Apêndice W), concebido como instrumento de apoio à prática e articulado com os recursos já existentes no serviço no âmbito da violência na relação de intimidade.

Esta ferramenta, articulada com a sessão de consciencialização, visou reforçar a prevenção da equipa de enfermagem para reconhecer, acolher e orientar adequadamente grávidas em situação de risco, mesmo em contextos em que a revelação pode não ocorrer de forma direta. Contribuindo, igualmente, para reflexionar sobre a identificação de fatores de risco associados à violência nas relações de intimidade durante a gravidez, período reconhecido na literatura como particularmente vulnerável ¹².

Esta intervenção inscreve-se quer nas competências específicas da EE-ESMO no âmbito **2.1 — Promove a saúde da mulher 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, quer nas competências comuns **A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade** e **A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão** ^{6,32}.

Contudo alguns objetivos inicialmente previstos no plano de projeto foram apenas parcialmente concretizados. Não foi possível desenvolver grupos de discussão com EE-ESMO, planos individualizados orientados para grávidas identificadas como vítimas de VSM, nem operacionalizar uma atividade de colaboração formal entre o serviço e estruturas de apoio à vítima. Tal ficou a dever-se, sobretudo, à ausência de situações clínicas concretas que justificassem a ativação desses circuitos, aos constrangimentos temporais decorrentes da reorganização do EC e à própria natureza do contexto assistencial, como por exemplo a implementação do novo protocolo de indução do trabalho de parto, que impôs a priorização de necessidades clínicas imediatas.

Ainda assim, esta limitação teve valor formativo, ao evidenciar que a operacionalização de um projeto em contexto real exige capacidade de adaptação, redefinição de prioridades e leitura crítica das possibilidades efetivas de intervenção, competências compatíveis com o perfil esperado de uma enfermeira especialista ⁶.

III.3.2. Resultados e ganhos em saúde

Os resultados mais expressivos deste estágio não se traduziram em ganhos clínicos diretamente mensuráveis perante situações concretas de VSM, mas sim se situavam ao nível dos ganhos de processo de reflexão, da consciencialização e da capacitação da equipa para uma resposta futura mais informada, estruturada e sensível à problemática da VSM.

A sessão de consciencialização realizada no internamento de grávidas contou com a participação de nove enfermeiras do serviço, tendo o questionário de avaliação sido preenchido por cinco participantes, o que correspondeu a uma taxa de resposta de 55,5%. Apesar desta adesão moderada, condicionada pela proximidade da passagem de turno, a avaliação obtida através do questionário em Apêndice N, foi globalmente muito positiva.

A análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão (Apêndice X) constatou que a totalidade dos respondentes classificou a sessão como “excelente”, considerou os conteúdos “relevantes” ou “muito relevantes” para a prática profissional e referiu que a formação contribuiu para melhorar os conhecimentos sobre a temática.

Paralelamente, a elaboração do fluxograma de atuação traduziu a informação teórica e normativa num suporte prático de consulta para a equipa de enfermagem, constituiu um instrumento facilitador de uma resposta futura mais organizada, articulada e consistente perante eventuais situações de suspeita ou confirmação de VSM, potenciando na equipa de enfermagem a competência comum **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** ³².

Deste modo, estas atividades contribuíram indiretamente para **B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua**, favorecendo respostas mais precoces, mais estruturadas, com uma abordagem mais humanizada e defensora da dignidade, caso venham a surgir em futuras situações ³².

Adicionalmente a resposta informal da intervenção informativa individualizada sobre a prematuridade e o serviço de neonatologia às grávidas com ameaça de parto pré-termo, teve um efeito imediato no bem-estar emocional e na diminuição da ansiedade associada ao eventual internamento neonatal, constituindo um momento formativo muito gratificante a nível pessoal.

III.4. Ensino clínico V

O EC V decorreu no serviço de internamento de puerpério do mesmo hospital onde foi realizado o EC IV (internamento materno-fetal), no período compreendido entre 5 de junho e 17 de julho de 2025, com uma carga horária total de 150 horas. O facto de se tratar do mesmo hospital conferiu uma continuidade institucional ao percurso formativo, facilitando a integração no ambiente organizacional, enquanto proporcionou uma experiência assistencial distinta e complementar.

O internamento dispõe de 29 vagas em regime de internamento conjunto, sendo a permanência hospitalar, de forma geral, de cerca de dois dias após parto vaginal e de três dias após cesariana, o que confere a este contexto um carácter de internamento breve, mas clinicamente exigente, requerendo intervenções individualizadas e centradas nas necessidades da puérpera e do RN.

Este internamento assegura os cuidados à puérpera e ao RN nos primeiros dias após o parto, centrando-se na vigilância da adaptação materna, na promoção do aleitamento materno, na capacitação da puérpera e da família para os cuidados ao RN e na deteção precoce e tratamento de eventuais complicações neonatais e maternas.

A equipa de enfermagem é constituída por 28 enfermeiras, das quais três detêm o título de enfermeira especialista em SMO e exercem funções de chefias da equipa de enfermagem. Entre as que se encontra a SC assignada para este EC, detentora de uma vasta experiência profissional na área do puerpério.

Para além da equipa de enfermagem, o internamento articula-se com a equipa médica de obstetrícia, a equipa médica de neonatologia, a psicologia, a assistente social e os assistentes operacionais, assegurando uma resposta multidisciplinar às necessidades da puérpera e do RN.

Diariamente, realiza-se uma reunião multidisciplinar com a equipa médica de obstetrícia, a equipa médica de neonatologia e a assistente social, com o objetivo de discutir as necessidades assistenciais identificadas e planear os cuidados multidisciplinares requeridos.

No que respeita ao **diagnóstico de situação**, destacaram-se várias potencialidades com relevância formativa e assistencial para o desenvolvimento do plano de projeto. Em primeiro lugar, o contacto direto com a puérpera, num período particularmente sensível e vulnerável do ciclo reprodutivo, constituía uma oportunidade privilegiada para observar dinâmicas relacionais, identificar processos de adaptação à parentalidade e desenvolver ações de promoção de educação para a saúde.

O serviço demonstrava igualmente sensibilidade para a temática da violência contra a mulher, tendo já acompanhado no passado situações que implicaram a ativação da assistência social e o consequente encaminhamento para os recursos de apoio externos, o que revelou uma equipa consciente e sensível para esta problemática.

O percurso consolidado da SC constituiu um recurso formativo relevante, quer pela experiência clínica, quer pela capacidade de organização, liderança e supervisão dos cuidados como chefe de equipa de enfermagem.

Acresce ainda que a minha experiência profissional em neonatologia constituiu uma mais-valia, ao facilitar a capacitação da puérpera e da família para os cuidados ao RN, a vigilância de sinais de adaptação neonatal e a promoção da vinculação e parentalidade responsável, o que permitiu redirecionar a atenção para áreas com maior necessidade de desenvolvimento pessoal.

Entre os principais constrangimentos identificados, salientaram-se, a curta duração do internamento e a elevada carga assistencial, sobretudo nos turnos da manhã, marcados por admissões e altas que requerem da respetiva burocracia e dos ensinamentos necessários para o regresso a casa. Esta dinâmica condicionava a disponibilidade temporal e relacional para a construção de uma relação terapêutica mais aprofundada, ao que se junta a partilha de quartos entre várias puérperas, que constituiu igualmente uma limitação relevante, ao dificultar a garantia de privacidade e confidencialidade, condições indispensáveis à abordagem de questões mais sensíveis como a VSM.

Acresce que, neste período, a atenção da puérpera estava centrada na sua recuperação pós-parto e nos cuidados ao RN, o que reduzia a pertinência e a oportunidade de abordar de forma direta a temática da VSM. Por sua vez, a presença contínua do parceiro íntimo durante o internamento limitava a criação de um espaço de maior privacidade para a eventual revelação de situações de risco, mas por outro lado, permitiu observar dinâmicas relacionais e promover o envolvimento do parceiro íntimo nos cuidados requeridos à puérpera e ao RN.

III.4.1. Objetivos e atividades

Os objetivos definidos para este EC V organizaram-se, igualmente, em dois eixos: o eixo clínico com a prestação de cuidados especializados em SMO à puérpera e ao RN durante o internamento após o parto, por outro, a concretização dos objetivos específicos delineados no plano de projeto para este EC V, apresentados no Apêndice Y.

Numa fase inicial, as atividades centraram-se na integração no serviço, no conhecimento da sua organização funcional, da equipa multidisciplinar, das rotinas assistenciais e dos circuitos de articulação existentes. A partilha do plano de projeto com a SC e a discussão das atividades inicialmente previstas permitiu adaptar o plano ao contexto concreto do puerpério, redefinir prioridades e identificar oportunidades de intervenção realistas. O cronograma e o plano de atividades encontram-se apresentados no Apêndice Z.

No **eixo clínico**, o EC V possibilitou a prestação de cuidados especializados à puérpera e ao RN nos primeiros dias após o parto, com enfoque na vigilância e avaliação do bem-estar materno e neonatal, na promoção do aleitamento materno, na capacitação da puérpera e da família para os cuidados ao RN e na preparação para a alta hospitalar, conseguindo desta forma, desenvolver as competências específicas **4 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**, no sentido de **4.1 — Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal**, **4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal**, além de **4.3 — Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal** ⁶.

Os ensinamentos à alta assumiram-se como uma atividade particularmente desafiadora deste EC, pela extensão e diversidade dos conteúdos a transmitir, como a involução uterina, os lóquios, os cuidados perineais, o aleitamento materno, a saúde mental no pós-parto, a sexualidade, a contraceção, os sinais de alarme e o seguimento após a alta, o que tornou difícil garantir uma comunicação fluida, organizada e consistente no momento do ensino.

Para melhorar este aspeto, foi criada uma *checklist*, apresentada no Apêndice AA, para usar como guia nos ensinamentos à puérpera, com o objetivo de estruturar a informação transmitida e assegurar maior consistência na abordagem educativa. Esta atividade permitiu melhorar as competências específicas **4.2.5 — Concebe, planeia e implementa intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto**, especificamente **4.2.1 — Informa, orienta e apoia a mãe no auto cuidado e a cuidar do seu filho** e competência comum **B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática** ^{6,32}.

No que respeita aos cuidados e ensinamentos relacionados com o RN, a experiência profissional em neonatologia revelou-se uma mais-valia, facilitando uma abordagem mais confiante, fundamentada e individualizada na capacitação da puérpera para os cuidados do RN, nomeadamente, os cuidados de higiene, a vigilância do comportamento alimentar e o reconhecimento de sinais de alerta. Atividade que se enquadra com o domínio de competência específica **4.2.1 — Informa, orienta e apoia a mãe no auto cuidado e a cuidar do seu filho** e **4.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido** ⁶.

No **âmbito do plano de projeto**, os objetivos específicos centraram-se na apresentação do plano à equipa de enfermagem, na promoção de ações de prevenção da VSM, no reforço da reflexão sobre os cuidados diretos da EE-ESMO perante a mulher vítima e na identificação dos recursos institucionais disponíveis.

No que respeita à promoção de ações de prevenção da VSM, verificou-se que os **ensinos à alta**, em particular os conteúdos relacionados com retoma da atividade sexual, conforto, desejo, consentimento e contraceção no pós-parto, constituíam um espaço pertinente de sensibilização para a VSM, especificamente a VSRI. Consequentemente, a abordagem destes conteúdos, para além de se inscrever nas competências específicas **4.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto** e **4.2.5 — Concebe, planeia e implementa intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto**, articula-se também com competências comum **A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos** ^{6,32}.

Do mesmo modo, a promoção da **participação do parceiro íntimo nos cuidados ao RN** e à puérpera favoreceu a promoção de modelos de relação menos assentes em estereótipos de género e mais orientados para a partilha e o respeito mútuo, enquadrando-se, quer nas competências específicas **4 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal** apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade e da parentalidade responsável, quer na competência comum **A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco**, coerente com estratégias de prevenção mais amplas da violência contra a mulher ^{6,32,54}.

Adicionalmente, ao longo do EC V foi possível contactar com **mulheres com Mutilação Genital Feminina (MGF)**. Sendo a MGF entendida como qualquer procedimento que envolva a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos por razões não médicas, com repercussões físicas, psicológicas, sexuais e reprodutivas permanentes e reconhecida internacionalmente como uma forma de VSM e uma grave violação dos direitos humanos ^{69,70}.

No contexto do internamento de puerpério, a identificação de puérperas com história de MGF exigiu uma abordagem individualizada, culturalmente sensível, isenta de julgamentos e assente no respeito pela dignidade da mulher. Durante a prestação de cuidados e os ensinos à alta, tornou-se necessário adequar a comunicação, salvaguardar a privacidade, atender às necessidades físicas e emocionais da puérpera e reconhecer eventuais situações de maior vulnerabilidade ^{69,70}.

Em articulação com a equipa médica e a assistente social foi possível garantir uma resposta integrada e humanizada, sendo necessário a sinalização do caso para os cuidados de saúde primários e para a comissão de proteção de crianças e jovens com o intuito de assegurar a prevenção e proteção face ao risco para a RN do sexo feminino, em conformidade com a legislação portuguesa ^{69,70}.

Estas intervenções mobilizaram competências comuns no domínio **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**, nomeadamente ao integrar o enquadramento jurídico da MGF no julgamento clínico e **A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente** ³². Incluindo competências específicas relacionadas com **7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade**, **7.2.1 — Implementa intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva** e **7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos para a saúde das mulheres em idade fértil**, reconhecendo que a vivência do puerpério, da sexualidade e da relação com o próprio corpo pode estar condicionada pela história de MGF ⁶.

Por último, importa reconhecer que algumas atividades inicialmente previstas no plano de projeto não foram operacionalizadas, nomeadamente a realização de grupos de discussão formais com EE-ESMO e a elaboração de materiais formativos dirigidos ao serviço.

Esta alteração deveu-se ao facto de, em reunião informal com a chefe de enfermagem, foi referido que qualquer atividade desta natureza exigiria aprovação prévia da Comissão de Ética e da Direção de Enfermagem, por envolver uma intervenção estruturada no contexto institucional. Atendendo aos prazos associados a estes procedimentos e à duração do EC V, concluiu-se que não seria viável obter autorização em tempo útil para a sua implementação.

Nesse sentido, desenvolveu-se **uma sessão de consciencialização sobre a VSM** dirigida à equipa de enfermagem, com base na evidência científica e adaptada à realidade do internamento de puerpério, com maior foco na partilha de materiais formativo e no debate reflexivo final.

A sessão abordou a contextualização do fenómeno, os cuidados de saúde necessários às vítimas e a importância da prevenção e da articulação com as redes de apoio. O respetivo plano de sessão e a apresentação utilizada encontram-se nos Apêndices AB e Apêndice AC. Com esta sessão foi possível mobilizar competências comuns **D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho** e **B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua** transversalmente, com competências específicas **7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva** ^{6,32}.

III.4.2. Resultados e ganhos em saúde

Para além dos resultados diretamente associados ao plano de projeto, este EC V traduziu-se também em ganhos clínicos relevantes no domínio da vigilância da adaptação puerperal e neonatal, da promoção do aleitamento materno, da capacitação da puérpera e da família para os cuidados ao RN e da preparação para a alta hospitalar.

A elaboração e utilização de uma *checklist* de apoio aos ensinamentos à alta favoreceram maior sistematização da informação transmitida, promovendo maior consistência na abordagem educativa e maior segurança na preparação da puérpera para o regresso a casa.

No apoio ao aleitamento materno fornecido às puérperas durante o estágio, permitiu constatar que apenas duas puérperas (4%) necessitaram de suplementação com leite adaptado, o que constitui um indicador clínico encorajador relativamente ao apoio fornecido à puérpera para esta prevalência de aleitamento materno exclusivo. Evidenciando, assim o ganho na competência específica **4.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno** e **4.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno** ⁶.

No âmbito específico do plano de projeto, o principal resultado mensurável deste EC V decorreu do questionário realizado após a sessão de consciencialização sobre VSM, Apêndice N. Participaram 15 enfermeiras, tendo o questionário de avaliação sido respondido por 10 participantes, o que corresponde a uma taxa de resposta de 66,6%.

A análise das respostas apresentada no Apêndice AD, revelou uma apreciação global muito positiva da sessão, com 100% das respondentes classificaram-na como “muito boa” ou “excelente” e 100% consideraram o conteúdo relevante ou muito relevante para a prática profissional. Além disso, 90% referiram melhoria do seu conhecimento sobre a temática.

Estes resultados sugerem que a sessão foi bem aceite pela equipa e que contribuiu para reforçar a consciencialização em torno da VSM, validando a pertinência da temática no contexto do internamento de puerpério.

Globalmente, o percurso desenvolvido neste EC V traduziu-se em ganhos formativos e assistenciais relevantes, expressos quer no reforço das competências específicas, quer na conceção e dinamização de uma intervenção formativa ajustada ao contexto e valorizada pela equipa.

Paralelamente, tornou-se possível reconhecer o internamento de puerpério como um espaço pertinente para a intervenção da EE-ESMO perante a VSM, pela natureza sensível e vulnerável deste período de transição, conseguindo ultrapassar os constrangimentos identificados. Neste sentido, uma prática de enfermagem humanizada, centrada na singularidade da mulher, na relação terapêutica e na salvaguarda da sua dignidade e dos seus direitos, pode favorecer a adaptação ao puerpério, incluindo nas situações de maior vulnerabilidade.

III.5. Ensino clínico VI

O EC VI decorreu no serviço de Bloco de Partos (BP) e no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do mesmo hospital público de terceiro nível onde foram realizados os ECs IV (internamento materno-fetal) e V (internamento de puerpério). No período compreendido entre 19 de setembro de 2025 e 10 de fevereiro de 2026, totalizando uma carga horária de 524 horas.

A SUOG assegura atendimento permanente a situações obstétricas e ginecológicas urgentes, contando com uma sala de triagem, três gabinetes médicos, uma sala de monitorização e um quarto com três camas de observação. Enquanto o BP garante assistência contínua a situações de trabalho de parto, indução do trabalho de parto, parto e cirurgias obstétricas/ginecológicas programadas e urgentes.

O serviço realiza aproximadamente 2700 partos por ano, dos quais cerca de 50% correspondem a partos eutócicos, 50% de partos distócicos dos quais 30% foram cesarianas, segundo os dados obtidos das bases de dados internas do serviço, representando, portanto, um contexto de elevada atividade assistencial e diversidade clínica. Para dar resposta a este volume e complexidade, o serviço dispõe de sete quartos operacionais de parto individuais, dois blocos operatórios e um quarto com três camas de recobro cirúrgico.

A equipa multidisciplinar é composta por médicos obstetras e anestesiólogos, 22 EE-ESMOs, 24 enfermeiras de cuidados gerais e a equipa de assistentes operacionais, contando ainda com o apoio à chamada de médicos especialistas em neonatologia. Face ao constrangimento de enfermeiras especialistas, o serviço integra 11 EE-ESMO em regime de prestação de serviços. Esta articulação multidisciplinar é condição essencial para a segurança materna e neonatal.

Os cuidados prestados assentam num modelo centrado na segurança clínica, na melhor evidência científica disponível, na escolha partilhada e no consentimento verdadeiramente informado, procurando proporcionar à mulher e família uma experiência de parto o mais segura e positiva possível, segundo as informações obtidas do folheto de acolhimento ao serviço.

O facto de se tratar de um hospital de terceiro nível confere ao serviço uma elevada capacidade de resposta a situações de risco elevado, nomeadamente patologia materna, patologia associada à gravidez, gestações múltiplas, partos pré-termo e emergências obstétricas e neonatais.

Deste modo, o grau de intervenção é ajustado à condição clínica, sendo mais intensivo nos casos de indução do trabalho de parto, patologia associada, analgesia epidural ou evolução não progressiva do trabalho de parto. Cerca de duas horas após o parto, verificando-se estabilidade clínica da díade mãe-recém-nascido, procede-se à transferência para o internamento de puerpério, contexto já conhecido do EC V.

No que respeita ao **diagnóstico de situação**, identificaram-se como potencialidades, a continuidade institucional relativamente aos ECs IV e V, que permitiu uma compreensão mais integrada do percurso gravídico-puerperal, facilitando o conhecimento da organização dos cuidados, dos circuitos assistenciais e da equipa multidisciplinar envolvida.

A integração numa equipa multidisciplinar altamente diferenciada e tecnicamente experiente, com uma alta capacidade assistencial, associada à complexidade e diversidade clínica própria de um hospital de terceiro nível, proporcionou um contexto de aprendizagem privilegiado para o desenvolvimento de competências especializadas.

A existência de quartos individuais com possibilidade de acompanhamento contínuo e uma filosofia assistencial centrada na segurança clínica e no consentimento informado, favoreceram a prestação de cuidados individualizados, promotores da privacidade, do conforto e da dignidade da parturiente, em consonância com os modelos teóricos e assistenciais que sustentam este relatório.

Acresce que a SC designada para este estágio se revelou uma firme defensora dos direitos da mulher e da promoção do parto humanizado e fisiológico, sempre tendo como base a evidência científica mais recente e com uma abordagem ajustada no empoderamento da parturiente e à promoção de uma vivência positiva do parto, o que impulsionou de forma significativa o percurso de aprendizagem.

O contexto da urgência obstétrica revelou-se particularmente pertinente, por constituir um espaço de primeiro contacto com vítimas de VSM na triagem, ainda que o atendimento seja conduzido de forma autónoma pela equipa médica, este contexto evidenciou a relevância da intervenção da EE-ESMO no primeiro acolhimento.

Como constrangimento destacaram-se, em primeiro lugar, o facto de este ter sido o primeiro contacto com um serviço altamente especializado, de elevada exigência teórica, técnica, relacional e emocional. A imprevisibilidade do serviço, a necessidade de respostas rápidas e a complexidade de muitas situações clínicas exigiram um processo adaptação mais intensa e exigente do que em outros ECs, condicionando o ritmo no desenvolvimento das competências específicas necessárias nesta área.

Acresce que a escassez estrutural de EE-ESMO constituiu também um constrangimento relevante. Face à necessidade de assegurar a triagem e a resposta assistencial contínua no SUOG, a intervenção direta da EE-ESMO junto da equipa médica no atendimento a vítimas de VSM revelou-se limitada, o que exigiu a adaptação dos objetivos inicialmente previstos no plano de projeto, privilegiando estratégias formativas mais compatíveis com as dinâmicas organizacionais do serviço.

Por outro lado, o facto de 33% dos profissionais se encontrarem em regime de prestação de serviços traduz uma sobrecarga assistencial permanente, com recorrentes necessidades de prolongamento de turnos e nos que três quartos de parto se encontram inoperacionais devido a este constrangimento. Neste contexto, a disponibilidade da equipa para participar em atividades extra assistenciais ficou condicionada, não por falta de interesse ou compromisso profissional, mas pela carga laboral inerente a um serviço destas características.

III.5.1. Objetivos e atividades

Os objetivos e atividades definidos para este EC VI organizaram-se, uma vez mais, no eixo clínico com a prestação de cuidados especializados em SMO à mulher e pessoa significativa durante todos os estádios do trabalho de parto e parto (eutócico e distócico), e ao RN na adaptação à vida extrauterina. Por outro lado, no eixo do plano de projeto com a concretização dos objetivos específicos delineados para este EC, apresentados no Apêndice AE.

A partilha do plano de projeto com a SC e a discussão das atividades inicialmente previstas permitiram adaptar o plano ao contexto concreto do EC VI. Dada a elevada complexidade assistencial e a necessidade de uma integração progressiva no conhecimento da organização funcional, dos circuitos e rotinas assistenciais, dos materiais e fármacos disponíveis, dos registos de enfermagem e dos protocolos internos, decidiu-se dividir o percurso do estágio em focos temáticos de aprendizagem ao longo das diferentes semanas.

Tratando-se do primeiro contacto com um serviço desta complexidade e especificidade, esta estratégia permitiu uma progressão sistemática e organizada das competências especializadas, articulando o conhecimento teórico com a prática clínica supervisionada e favorecendo uma abordagem mais aprofundada e reflexiva de cada área temática. Permitindo deste modo, mobilizar competências comuns no domínio **D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais, D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas para B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade** ³². O cronograma e o plano de atividades encontram-se no Apêndice AF.

Numa fase inicial, no **eixo clínico**, o foco centrou-se na familiarização com as rotinas de vigilância materno-fetal nas diferentes fases do trabalho de parto. Neste âmbito, foi possível aprofundar a interpretação da cardiotocografia, reconhecendo padrões característicos de cada fase, assim como o desvio à normalidade atuando de forma adequada a cada situação, como por exemplo a necessidade de monitorização interna, a mudança de decúbitos da parturiente ou de ativação de resposta multidisciplinar urgente.

O contacto continuado com estas situações favoreceu uma maior fluidez na prática clínica, permitindo consolidar competências específicas na vigilância materno-fetal iniciada no EC IV de internamento materno-fetal, evidenciando uma maior segurança na interpretação da cardiotocografia, uma capacidade crescente de antecipação clínica e uma identificação mais precisa dos cuidados necessários em cada momento, contribuindo para a deteção precoce de complicações materno-fetais, consolidando a competência específica **3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto e 3.2.2 — Identifica e monitoriza o risco materno -fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação** ⁶.

No âmbito da assistência ao parto, foi possível progressivamente a condução e assistência ao parto eutócico, procurando adequar os cuidados às preferências e necessidades da cada parturiente. Promoveu-se, de forma sistemática, um ambiente seguro e humanizado, com incentivo à participação do acompanhante e recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, nomeadamente liberdade de movimentos, musicoterapia e cromoterapia. Esta prática permitiu consolidar as competências específicas **3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto, 3.1.6 — Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor e, em consequência, 3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos** ⁶.

Nesta linha, revelou-se particularmente enriquecedor o fato de a SC ter frequentado um curso de suturas perineais baseado na evidência científica mais recente, cujo conhecimento foi posteriormente compartilhado e aplicado durante o estágio com técnica de sutura contínua em substituição da sutura interrompida, por estar associada a menor dor, menor deiscência e melhor recuperação no pós-parto ⁷¹. Esta atividade permitiu desenvolver competências específicas **3.3.4 — Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação** e a competência comum **D2 — Baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica** ^{6,32}.

Progressivamente ao longo do estágio, foi possível acompanhar gravidezes com patologia associada, como hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, diabetes, gravidez gemelar, ameaça de parto pré-termo, induções do trabalho de parto, partos distócicos e cesarianas.

Em cada uma destas situações, a prestação de cuidados implicou a aplicação de protocolos específicos, a vigilância reforçada da sintomatologia materna e fetal, a monitorização de parâmetros vitais com a sua respetiva interpretação, além da participação na resposta a situações emergentes como corioamnionite, sofrimento fetal agudo, hemorragia pós-parto ou retenção placentária.

Esta diversidade de experiências permitiu consolidar competências específicas e comuns **3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto**, evidenciando **C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão** ^{6,32}.

No que respeita ao RN, este EC VI possibilitou prestar cuidados em contextos muito diversos de adaptação à vida extrauterina, desde RN de termo saudáveis com promoção do contacto pele a pele e da amamentação na primeira hora de vida potenciando a competência específica **3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos**, até situações de dificuldades na adaptação com necessidade de suporte ventilatório inicial, monitorização e vigilância estreita.

Entre estas experiências, destaca-se a participação na equipa multidisciplinar numa cesariana de quadrigêmeos, onde foi prestada assistência direta a um dos RN com necessidade de reanimação avançada e posterior transferência a unidade de neonatologia. A experiência profissional prévia em neonatologia revelou-se determinante neste momento, permitindo consolidar competências específicas **3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina, 3.2.8 — Assegura reanimação do recém-nascido em emergência e 3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais** ⁶.

No **eixo do plano de projeto**, os objetivos específicos centraram-se na apresentação do projeto à equipa, na promoção de ações de prevenção da VSM, no reforço da reflexão sobre os cuidados diretos da EE-ESMO perante a mulher vítima de VSM e na identificação dos recursos institucionais disponíveis.

Numa fase inicial, a partilha do plano e as conversas informais com a SC e a chefia de enfermagem permitiram compreender de forma mais clara o modo como a temática da VSM era enquadrada no serviço e, conseqüentemente, reajustar algumas das atividades inicialmente previstas.

Por um lado, verificou-se que o protocolo institucional relativo à VSM se encontrava em fase de desenvolvimento pela equipa médica, com reduzida abertura para a participação da equipa de enfermagem, visto que, devido a organização do serviço, a assistência da EE-ESMO nestas situações limita-se a triagem e a posterior administração de terapêutica prescrita.

Por este motivo, considerou-se pertinente desenvolver um **manual informativo sobre VSM** específico para a equipa de enfermagem. Este manual incluiu a contextualização da problemática, as conseqüências, o tratamento médico instituído e recomendações para a atuação de enfermagem, quer no momento da triagem com o suporte em primeira linha, quer no contexto do BP com o modelo de cuidados informados pelo trauma.

O manual foi elaborado em consonância com o formato e a estrutura do livro de bolso de enfermagem já utilizado pela equipa, tendo este novo capítulo sido acrescentado no final desse suporte, com o intuito de favorecer a sua integração prática. O capítulo de VSM encontra-se inserido no Apêndice AG.

O desenvolvimento deste manual permitiu consolidar competências específicas **3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e 3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto**, e competência comuns **B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria, B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática para D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho e A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente** ^{6,32}.

Por outro lado, a atividade inicialmente prevista de sessão reflexão formal com EE-ESMO sobre a VSM, com o pedido formal apresentado no Apêndice AH com o intuito de desenvolver a competência comum **B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade** ³², foi igualmente reformulada. A realização desta atividade precisava de aprovação da direção geral do serviço, da direção de enfermagem e da comissão de ética do hospital.

Para além do tempo necessário para a aprovação, foi esclarecido que a instituição apenas aprovaria uma atividade desta natureza se a mesma estivesse integrada numa lógica de melhoria da qualidade assistencial com aplicação futura e prolongada no serviço, e não como um diagnóstico pontual da situação num regime de estágio.

Neste sentido, a sessão de reflexão foi adaptada para um **questionário informal** dirigido a equipa de enfermagem, apresentado no Apêndice AI, com o intuito explorar a preparação da equipa de enfermagem para abordar situações de VSM, desenvolvendo competências comuns **D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas** ³².

Os resultados e análise do questionário, apresentados no Apêndice AJ, evidenciaram uma necessidade formativa e, portanto, permitiu fundamentar a pertinência de uma sessão de VSM, ajustando o conteúdo às necessidades percecionadas.

Com base nesta informação, foi preparada **uma sessão de consciencialização** sobre VSM, orientada para o reforço dos conhecimentos da equipa de enfermagem relativamente à VSM, incidindo sobre o primeiro acolhimento, a humanização dos cuidados, a transmissão de informação e dos direitos, o circuito assistencial e a redução do risco de vitimização secundária na triagem e revictimização durante o atendimento no BP.

A construção desta atividade permitiu não só ajustar a intervenção às necessidades formativas identificadas, mas também orientar a prática para uma resposta assistencial mais qualificada, refletida e centrada na mulher, potenciando na equipa de enfermagem a competência comum **A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais** e a competência específica **7 — Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade** ^{6,32}. O respetivo plano de sessão encontram-se apresentado no Apêndice AK.

Atendendo à elevada carga assistencial e ao número de EE-ESMO em regime de prestação de serviços, foi elaborado um cartaz de divulgação da sessão, com o objetivo de maximizar a participação. O cartaz da sessão encontra-se no Apêndice AL.

A sessão de consciencialização, Apêndice AM, teve lugar no dia 28 de janeiro de 2026, com duração de 40 minutos, em formato presencial no quarto 9 inoperacional do serviço, com retransmissão online. No final, foi disponibilizado um questionário de avaliação da sessão, Apêndice N, com o objetivo de avaliar a qualidade da intervenção, a sua relevância e o impacto percebido.

Deste modo, considera-se que estas atividades permitiram concretizar os objetivos propostos no âmbito do plano de projeto, ao promover a consciencialização da equipa de enfermagem para a VSM. Ao mesmo tempo, revelaram a mobilização de competências comuns **D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho**, **C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados**, **C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde** e, consequentemente, na promoção e proteção da saúde das mulheres com a competência comum **A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos** ³².

Importa referir que, durante este período de estágio, não se verificaram situações agudas de VSM que permitissem a participação direta no atendimento em contexto de SUOG, nem casos identificados no BP que possibilitassem a operacionalização de um plano individualizado integral ou a aplicação do suporte em primeira linha.

Ainda assim, este facto não retirou a pertinência de uma abordagem coerente com os princípios dos cuidados humanos, centrado na mulher e informados pelo trauma. Esta abordagem traduziu-se numa relação terapêutica de maior confiança, cujo impacto foi visível, por exemplo, em parturientes que tinham manifestado no plano de parto não desejar cuidados prestados por estudantes ou estagiários, mas que, após o estabelecimento dessa relação terapêutica, solicitaram a continuidade da intervenção. Desenvolvendo a competência específica **3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado** e a competência comum **A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados** ^{6,32}.

Através de essa relação terapêutica, foi possível identificar-se situações de risco ou contextos de maior vulnerabilidade de violência, como por exemplo casos de MGF e parturientes com dinâmicas relacionais marcadas por controlo excessivo por parte do parceiro íntimo, que exigiram uma abordagem clínica e relacional mais sensível, centrada na mulher, na preservação da sua privacidade, na comunicação cuidadosa e na criação de um espaço de maior segurança e confiança. Além da transmissão dos achados à equipa do internamento de puerpério, assegurando a continuidade dos cuidados e a eventual referenciação para o serviço social. Desenvolvendo as competências comuns e específicas **3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto**, **3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto** e **C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde** ^{6,32}.

III.5.2. Resultados e ganhos em saúde

Os resultados deste EC VI situaram-se em dois planos complementares: os ganhos clínicos decorrentes da prestação de cuidados especializados no BP e na SUOG, e os ganhos formativos associados à concretização dos objetivos do plano de projeto.

No plano clínico, o percurso desenvolvido permitiu consolidar progressivamente competências especializadas em SMO, através da prestação de cuidados em contextos assistenciais distintos e de crescente complexidade.

Nestes contextos ocorrem alguns dos momentos mais intensos e marcantes da vida da mulher, nomeadamente o trabalho de parto e parto. O parto é um acontecimento simultaneamente físico, emocional e relacional, cuja vivência pode influenciar profundamente o bem-estar materno, o vínculo com o RN e a memória afetiva da família⁶⁸. É precisamente por isso que a abordagem humanizada, centrada na mulher, nos seus direitos e no seu empoderamento, assente na escuta, no respeito pela autonomia e na criação de um ambiente seguro e acolhedor, se revela determinante.

Esta abordagem traduziu-se em ganhos em saúde ao favorecer uma vivência de parto mais positiva, refletida em múltiplas expressões de satisfação por parte das mulheres e dos seus acompanhantes.

Uma evidência concreta deste impacto positivo encontra expressão na folha de elogio subscrita por uma utente, no Apêndice AN, na qual são destacadas a humanidade, a empatia e a segurança transmitidas durante o trabalho de parto e parto, constituindo um indicador informal, mas significativo, da repercussão positiva do cuidado humanizado fornecido.

No âmbito específico do plano de projeto, a análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão de consciencialização realizada, apresentada no Apêndice AM, revelou uma apreciação globalmente muito positiva, com 100% das participantes classificou a sessão como "excelente" e "muito boa", com 100% considerou os conteúdos muito relevantes para a prática profissional e 80% reportou ganhos máximos de conhecimento. Estes resultados evidenciam que a intervenção foi eficaz na transmissão de conhecimento especializado e respondeu às necessidades formativas previamente identificadas, validando a pertinência da temática no contexto do BP e da SUOG.

Em consequência, este ganho em conhecimento especializado junto com o recurso teórico no capítulo da VSM no livro de bolso de enfermagem, capacitou a equipa de enfermagem para a identificação, a prevenção, a abordagem, o acolhimento e a referenciação de futuras situações de VSM, traduzindo-se em melhorias da qualidade dos cuidados e, consequentemente em ganhos em saúde da mulher.

III.6. Competências de grau de mestre

O desenvolvimento das competências de mestre concretizou-se de forma transversal ao longo de todo o percurso formativo, através da articulação entre fundamentação teórica, prática clínica, análise crítica e construção do presente relatório.

Mais do que a aquisição de conhecimentos, este percurso exigiu a capacidade de mobilizar saber científico, técnico, ético e relacional perante situações complexas, com necessidade de adaptação estratégica e de sustentação da intervenção em evidência científica atual.

Neste sentido, as atividades realizadas nos diferentes ECs não só favoreceram o aprofundamento das competências comuns da enfermagem especialista e das competências específicas da EE-ESMO descritas anteriormente, como também, permitiram desenvolver competências do grau de mestre. Apresenta-se, de seguida, a análise crítica de cada uma das competências de mestre adquiridas.

❖ **Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais com evidência de julgamento clínico e tomada de decisão** ⁶⁷:

Esta competência foi desenvolvida através da capacidade de analisar a VSM como fenómeno clínico, ético, social e cultural, e traduzir essa análise em oportunidades de intervenções ajustadas aos constrangimentos dos diferentes contextos de estágio.

No centro de saúde, a realização das consultas de planeamento familiar, gravidez e pós-parto permitiu compreender que a prevenção da VSM não depende apenas da identificação de situações explícitas de violência, mas também da promoção de uma sexualidade informada, consentida e livre de coerção. A elaboração do folheto informativo sobre VSM e a integração da temática em contextos de educação para a saúde exigiram a mobilização de conhecimento científico atualizado e a sua adaptação a uma linguagem clara e acessível para a população alvo.

No internamento de grávidas, a elaboração do fluxograma de atuação perante a VSM e a sessão de consciencialização dirigida à equipa de enfermagem revelaram a necessidade de sistematizar respostas perante situações complexas e, muitas vezes, silenciosas.

No internamento de puerpério e no BP, a identificação de contextos de maior vulnerabilidade, como situações de MGF ou dinâmicas relacionais de controlo, reforçou a importância de uma intervenção ética, culturalmente sensível e tecnicamente fundamentada.

Para potencializar as competências técnicas, relacionais e comunicacionais, determinantes nestas situações de vulnerabilidade, foi frequentado o workshop – comunicação de más notícias (Anexo 10) e a conferência internacional sobre MGF (Anexo 11).

Acresce que a participação em formações complementares, como o curso de cardiocotografia (Anexo 12), o curso básico de suturas (Anexo 13), as jornadas de enfermagem da saúde da mulher – cuidar da mulher em tempos de mudança (Anexo 14) e as I jornadas de enfermagem de obstetrícia – teoria, prática e realidade: novos olhares da obstetrícia contemporânea (Anexo 15), contribuiu para consolidar conhecimentos técnico-científicos relevantes para a prática especializada, aumentando a segurança clínica e potenciando a qualidade da tomada de decisão perante os cuidados prestados.

❖ **Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos ⁶⁷:**

A revisão narrativa da literatura que fundamenta o enquadramento teórico do relatório permitiu identificar recomendações internacionais e nacionais sobre prevenção, atendimento à vítima, prevenção da vitimização secundária, suporte em primeira linha, cuidados centrados na mulher e cuidados informados pelo trauma.

Este aprofundamento científico não se limitou ao plano teórico pessoal, tendo sido traduzido em instrumentos concretos de apoio à prática, como o folheto informativo desenvolvido no centro de saúde, o fluxograma de atuação elaborado no internamento de grávidas, os conteúdos das sessões de consciencialização e o capítulo sobre VSM integrado no livro de bolso de enfermagem do BP.

Acresce que o questionário informal sobre VSM aplicado à equipa de enfermagem do BP evidenciou necessidade de formação nesta área, enquanto os questionários de avaliação aplicados após cada sessão de consciencialização demonstraram o ganho de conhecimento por parte dos participantes. Estes resultados permitiram confirmar a pertinência das intervenções e o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da VSM.

Deste modo, a investigação e a evidência científica mobilizadas ao longo deste relatório constituíram instrumentos concretos de melhoria da qualidade assistencial, permitindo transformar conhecimento em respostas assistenciais.

❖ **Capacitar a enfermeira como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos** ⁶⁷:

Esta competência tornou-se visível através do desempenho progressivo de um papel proativo, deixando de ocupar apenas uma posição de aprendizagem para passar a dinamizar momentos formativos e de reflexão sobre a VSM, nos diferentes contextos de estágio. Neste âmbito foram realizadas: duas sessões no centro de saúde, uma sessão a trabalhadoras do sexo numa instituição social, uma sessão no internamento de grávidas, uma sessão no internamento de puerpério e uma sessão no BP

Para a concretização destas atividades, foi necessário identificar necessidades formativas, ajustar os conteúdos a cada contexto, selecionar informação relevante e orientar o conhecimento para a prevenção, o acolhimento, a referenciação e o reforço da responsabilidade da EE-ESMO perante situações de violência.

Paralelamente para potenciar essa capacidade, foi preciso participar em formações específicas na área da VSM, nomeadamente a formação promovida pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG), intitulada “enraizar a mudança pelo fim da violência contra as mulheres e da violência doméstica – melhorar a intervenção, promover a prevenção”, a qual constituiu um contributo relevante para aprofundar a compreensão da violência contra as mulheres numa perspetiva preventiva, institucional e intersectorial (Anexo 16).

Incluindo a formação “violência interpessoal” (Anexo 17), realizada na mesma instituição onde decorreram a maioria dos ensinamentos clínicos. Esta formação reforçou particularmente esta dimensão, ao proporcionar contacto direto com a EPVA e favorecer uma melhor compreensão da articulação multidisciplinar e dos circuitos institucionais necessários perante situações de violência. Para além da aquisição de conteúdos, a análise crítica desta formação (Apêndice AP) permitiu identificar fragilidades e oportunidades de melhoria, posteriormente mobilizadas nas atividades desenvolvidas ao longo dos estágios.

❖ **Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada⁶⁷:**

A escolha da VSM como eixo do relatório permitiu aprofundar uma problemática ainda pouco trabalhada no âmbito específico da enfermagem de SMO, contribuindo este percurso para reforçar a sua visibilidade e pertinência na formação e na prática especializada.

A produção de materiais informativos, a dinamização de momentos formativos e a sistematização de conhecimento sobre a VSM constituíram formas concretas de contribuir para uma enfermagem mais consciente, mais preparada e mais comprometida com uma problemática que afeta diretamente os direitos, a dignidade e o bem-estar das mulheres.

Neste sentido, o trabalho desenvolvido não teve apenas impacto no meu percurso individual, mas também potencial utilidade para outros profissionais e para os contextos onde as atividades foram realizadas.

A própria construção do relatório, sustentada na revisão da literatura e na reflexão crítica sobre os contextos clínicos, representou igualmente uma forma de contribuir para a formação especializada na área de enfermagem.

Para além do percurso centrado na VSM, o contributo para a disciplina alargou-se a outras dimensões da prática especializada, como o desenvolvimento de uma *scoping review* sobre os benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente, com publicação prevista para novembro de 2026 na revista *Salutis Scientia* (Apêndice AQ). Incluindo apresentação do póster “O EE-ESMO na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente” no XXVI Encontro Nacional e X Congresso Internacional da APEO (Apêndice AR).

Estas experiências evidenciam um investimento académico transversal e comprometido com o avanço da especialidade, reforçando competências de pesquisa, análise crítica, sistematização e divulgação do conhecimento científico.

Em síntese, o percurso formativo permitiu demonstrar que o desenvolvimento das competências de mestre ocorreu em estreita articulação com o desenvolvimento das competências comuns e especializadas da EE-ESMO. A prática clínica, a disseminação de evidência científica, a participação em formações, a análise crítica dos contextos e a construção do presente relatório constituíram espaços de aprendizagem avançada, nos quais se consolidaram capacidades próprias do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

IV. Considerações finais

A realização do presente relatório constituiu a etapa final de um percurso formativo exigente, transformador e decisivo na consolidação de uma identidade profissional enquanto futura EE-ESMO.

A articulação entre a fundamentação teórica, a prática clínica supervisionada e a reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas permitiu consolidar competências comuns, específicas e de grau de mestre no âmbito da VSM, em consonância com os objetivos definidos para o relatório e com as exigências formativas do mestrado.

Neste sentido, considera-se que os objetivos propostos foram globalmente atingidos, na medida em que foi possível integrar a evidência científica disponível, analisar criticamente a problemática da VSM nos diferentes contextos de cuidados, desenvolver atividades ajustadas às necessidades identificadas e refletir sobre o contributo da EE-ESMO na prevenção, identificação, acompanhamento e referenciação destas situações.

A escolha da VSM como eixo estruturante do relatório revelou-se particularmente pertinente, não apenas pela sua gravidade enquanto problema de saúde pública e violação dos direitos humanos, mas também pela sua relação direta com os domínios da saúde sexual, reprodutiva e ginecológica, áreas centrais de intervenção e competências da EE-ESMO.

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, foi-se tornando cada vez mais evidente que o contributo da EE-ESMO perante a VSM não se limita à resposta a situações agudas ou formalmente identificadas, antes se concretiza de forma transversal, através de intervenções preventivas, educativas, relacionais e organizacionais, orientadas por uma abordagem de cuidados humanizados, centrados na mulher e sensíveis ao trauma.

A prestação de cuidados especializados, a dinamização de sessões de consciencialização, a elaboração de materiais informativos e de instrumentos de apoio à prática, bem como o desenvolvimento de ações formativas para os profissionais, constituíram evidências concretas desse contributo.

Estas atividades permitiram não só responder aos objetivos definidos no projeto formativo, mas também adaptá-los às necessidades e possibilidades de cada contexto de estágio, mobilizando julgamento clínico, tomada de decisão ética, pensamento crítico e capacidade de intervenção. Este processo favoreceu o desenvolvimento de competências profissionais e académicas no âmbito da VSM.

A concretização deste percurso implicou, contudo, a superação de várias limitações. No plano académico, a abundância de literatura sobre VSM, aliada à sua frequente diluição no espectro mais amplo da violência contra a mulher e à escassez de produção especificamente centrada na intervenção da EE-ESMO, exigiu um esforço acrescido de análise crítica, síntese e articulação teórica.

No plano clínico, a ausência de protocolos específicos de atuação, a carga assistencial nos contextos de estágio e a insuficiente formação específica das equipas, bem como a limitada assunção de responsabilidade profissional perante a VSM, constituíram limitações relevantes para a operacionalização de algumas das atividades neste âmbito.

No plano pessoal, a exigência simultânea do estágio, do desenvolvimento do relatório, da atividade profissional e da vida pessoal, associada ao investimento continuado num campo temático ainda pouco explorado pela EE-ESMO além de emocionalmente exigente, contribuiu para um desgaste significativo na fase final deste percurso.

Ainda assim, foi precisamente na necessidade de ultrapassar estas limitações que se consolidaram algumas das aprendizagens mais significativas deste mestrado.

Neste sentido, os ganhos alcançados ultrapassaram a execução pontual de atividades, traduzindo-se na consolidação de uma prática mais crítica, fundamentada e eticamente comprometida neste âmbito. Este percurso permitiu valorizar o papel da EE-ESMO na promoção dos direitos, da segurança, do bem-estar e da dignidade das mulheres, tornando mais visível o seu contributo na prevenção, identificação, acompanhamento e referenciação de situações de VSM.

Por conseguinte, este percurso não se encerra com a conclusão deste relatório, pelo contrário, evidencia a necessidade de continuidade e aprofundamento nesta área.

A curto prazo, considera-se prioritária a integração profissional na área da EE-ESMO e a frequência de formação contínua específica no atendimento a mulheres vítimas de violência, nomeadamente através dos cursos de formação da AMCV.

A médio prazo, perspetiva-se a criação de um grupo de trabalho de enfermagem dedicado à violência contra a mulher, integrando a violência doméstica, a violência sexual e a violência obstétrica, com vista ao desenvolvimento de orientações e protocolos de atuação específicos, adequados aos diferentes contextos de cuidados.

A longo prazo, considera-se essencial investir na produção e disseminação de conhecimento científico, designadamente a partir do trabalho que venha a ser desenvolvido por esse grupo de trabalho de enfermagem, de forma a sustentar, dar visibilidade e fortalecer o contributo da EE-ESMO nesta área.

Em síntese, este mestrado permitiu reconhecer que a intervenção da EE-ESMO, pelo lugar privilegiado que ocupa na vida das mulheres, detém uma responsabilidade e uma oportunidade únicas na prevenção, identificação e acompanhamento de situações de VSM. O compromisso com os direitos, com a dignidade e com o bem-estar das mulheres não constitui apenas uma competência a desenvolver, afirma-se, antes, como uma forma de cuidar.

V. Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Violence against women. Newsroom, Fact Sheets. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (2024).
2. Krug, E. G., . Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. World Report on Violence and Health. (World Health Organization, Geneva, 2002).
3. European Institute for Gender Equality. Violência sexual. An Eu Agency https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1185?language_content_entity=pt (2016).
4. World Health Organization (WHO). Violence against Women Prevalence Estimates, 2023: Global, Regional and National Prevalence Estimates for Intimate Partner Violence against Women and Non-Partner Sexual Violence against Women. (2025).
5. Watson, J. Chapter 18 - Jean Watson's Theory of Human Caring. in Nursing Theories and Nursing Practice (eds. Smith, M. C. & Parker, M. E.) 321–337 (Philadelphia, 2010).
6. Diário da República 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ordem dos Enfermeiros.
7. International Confederation of Midwives (ICM). International Definition and Scope of Practice of the Midwife. (2024).
8. Escola Superior De Saúde Da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa. Ficha de Unidade Curricular: [371501] Estágio de Natureza Profissional Com Relatório. (2024).
9. Fonseca, L., Soares, C. & Machado Vaz, J. A Sexologia, Perspectiva Multidisciplinar II. (Coimbra, 2003).
10. Cerejeira, I., Cardoso, A. & Portugal, J. Padrões de Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022).
11. Sacramento, L. & Rezende, M. M. Violências: Lembrando Alguns Conceitos. Aletheia vol. 24 (2006).

12. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG) & Associação para o Planeamento da Família (APF). Violência Sexual Nas Relações de Intimidade: Manual de Boas Práticas. (Porto, 2020).
13. Ordem dos Enfermeiros. Estatística de Enfermeiros. (2025).
14. Vilelas, J. O Processo de Construção Do Conhecimento. (Edições Sílabo, Lisboa, 2020).
15. Perdigão, A. et al. Violência Interpessoal - Abordagem, Diagnóstico e Intervenção Nos Serviços de Saúde. (Gráfica Comercial, Lisboa, 2016).
16. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Violence Prevention 2014. (Luxemburgo, 2014).
17. Anciães, A. & Agulhas, R. O Grande Livro Sobre a Violência Sexual. Compreensão, Prevenção, Avaliação e Intervenção. (Lisboa, 2022).
18. World Health Organization (WHO). Global Plan of Action to Strengthen the Role of the Health System within a National Multisectoral Response to Address Interpersonal Violence, in Particular against Women and Girls, and against Children. (Geneva, 2016).
19. Figueiredo Dias, M. Lições de Ginecologia. (Coimbra, 2020).
20. World Health Organization (WHO). Orientações Estratégicas Europeias Para o Fortalecimento Da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Em Relação Às Metas de Saúde 2020. (2015).
21. Associação de Mulheres Contra a Violência (AMCV). Guia de Bolso Sobre Violência Sexual Para Sobreviventes/Vítimas. (Lisboa, 2015).
22. World Health Organization (WHO). Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence. (Geneva, 2003).
23. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Folha informativa violência sexual. (2015).
24. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Manual Unisexo Para o Atendimento a Vítimas Adultas de Violência Sexual. (Lisboa, 2013).
25. World Health Organization (WHO). RESPECT Women: Preventing Violence against Women. (Geneva, 2025).
26. Da Silva, A., Albuquerque, M. & Mira, R. Violência sexual. in Violências de

- género (eds. Neves, S. & Costa, D.) 99–124 (Universidade de Lisboa, Lisboa, 2017).
27. López, F. & Fuertes, A. Para Compreender a Sexualidade. (Lisboa, 1999).
 28. Conselho da Europa. Convenção do conselho da Europa para a prevenção e o combate à violência contra as mulheres e a violência doméstica. in Série de Tratados do Conselho da Europa – Nº 210 (Istambul, 2011).
 29. Guerreiro, A. et al. Relatório Sobre Violência Sexual Em Portugal: Os Casos Noticiados Na Imprensa Nacional Em 2021. (2022).
 30. Allen Gomes, F. Paixão, Amor e Sexo. (Dom Quixote, Lisboa, 2004).
 31. World Health Organization (WHO). Violence Prevention: The Evidence. (Geneva , 2010).
 32. Diário da República 2.^a série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. (Portugal).
 33. Regulamento n.º 338/2017. Diário da República n.º 120/2017, Série II de 2017-06-23. Ordem dos Enfermeiros 12770–12772
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/338-2017-107553282> (2017).
 34. Sistema de Segurança Interna. Relatório Anual de Segurança Interna 2024. (2024).
 35. Estatísticas da Justiça. Crimes Registados Pelas Autoridades Policiais. (2024).
 36. Ordem dos Enfermeiros. Deontologia Profissional de Enfermagem. vol. 53 (2015).
 37. Ministério Público Portugal em defesa da legalidade democrática. Crime.
<https://www.ministeriopublico.pt/perguntas-frequentes/crime>.
 38. Diário da República n.º 63/1995, S. I.-A. de 1995-03-15. Código Penal - CP - Artigo 195.º, Decreto-Lei n.º 48/95. (1995).
 39. Diário da República. Crime de violação.
<https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/crime-violacao>.
 40. Diário da República n.º 75/2007, S. I. de 2007-04-17. Lei n.º 16/2007, Exclusão Da Ilícitude Nos Casos de Interrupção Voluntária Da Gravidez. Assembleia da República (Portugal).

41. Arriaga, M. et al. Relatório de análise dos registos das interrupções da gravidez. 1–44 (2023).
42. Group of experts on action against violence against women and domestic violence (GREVIO). First Thematic Evaluation Report - Portugal. (2025).
43. RTP notícias. Parlamento aprova classificação da violação como crime público. (2025).
44. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Parecer CJ 112/2019. (2019).
45. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. Parecer CJ 52/2016. (2016).
46. Morais, S., Monteiro, C. & Rocha, S. O Cuidar em Enfermagem à mulher vítima de Violência Sexual. Texto Context. - Enferm. 19, 155–160 (2010).
47. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). Health Care for Women Subjected to Intimate Partner Violence or Sexual Violence. (Luxemburgo, 2014).
48. World Health Organization (WHO). Understanding and Addressing Violence against Women Health Consequences. (2012).
49. Ponce, P. & Mendez, J. Manual de Urgências e Emergências . (Lisboa, 2019).
50. Diário da República n.º 195/2004 — Série I-A — 19 de Agosto 2004. Artigo 21.º Lei n.º 45/2004. Estabelece o Regime Jurídico Das Perícias Médico-Legais e Forenses - Secção I.
51. Diário da República 2.ª série — N.º 151 — 5 de agosto de 2021. Regulamento n.º 728/2021 Regulamento Da Competência Acrescida Diferenciada Em Enfermagem Forense.
52. International Confederation of Midwives (ICM). Competências essenciais para a prática da parteira e da obstetrícia. (2024).
53. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). Folha Informativa: Prevenção da Violência. (2020).
54. World Health Organization (WHO). Respect Woman. Preventing Violence Against Woman. (Geneva, 2019).
55. International Confederation of Midwives (ICM). Philosophy and model of midwifery care. 1–5 (2025).

56. Barradas, A. et al. Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas Em Saúde Materna e Obstétrica - Parteira. (2015).
57. Daviana, Z., Berríos, G., Emma, I. & Muñoz, G. El Cuidado Humano y el aporte de las Teorías de Enfermería a la Práctica Enfermera. Rev. Cuatrimest. "Conecta Lib. 4, 127–135 (2020).
58. Talento, B. Capítulo 18 - Jean Watson. in Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional 252–264 (ARTMED Editora, Porto Alegre, 200AD).
59. Evangelista, C., Lopes, M., Nóbrega, M., Vasconcelos, M. & Viana, A. Análise da teoria de Jean Watson de acordo com o modelo de Chinn e Kramer. Rev. Enferm. Ref. V Série, (2020).
60. World Health Organization (WHO). Transitioning to Midwifery Models of Care: Global Position Paper. (Geneva, 2024).
61. Hanson, L., Simkin, P. & Ancheta, R. Simkin's Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. (WILEY-BLACKWELL, United Kingdom, 2024).
62. Schroeder, B. E., Kuller, J. A. & Dotters-Katz, S. K. Reframing obstetric care through a trauma-informed lens: a narrative review of trauma-informed principles and clinical applications. Pregnancy 1, 1–14 (2025).
63. Isobel, S. Trauma and the perinatal period: a review of the theory and practice of trauma-sensitive interactions for nurses and midwives. Nurs. Open 10, 7585–7595 (2023).
64. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Caring for patients who have experienced trauma. Obstet. Gynecol. 137, E94–E99 (2021).
65. Cull, J., Thomson, G., Downe, S., Topalidou, A. & Fine, M. Empowering women through trauma-informed maternity care: the EMPATHY framework. Front. Glob. Women's Heal. 6, 1–17 (2025).
66. Ministério da Saúde. Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Direção Geral da Saúde (2015).
67. Escola Superior De Saúde Da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa. Regulamento Dos Cursos de Mestrado Em Enfermagem. (2025).
68. Néné M. et al. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (Edições Técnicas,

Lisboa, 2016).

69. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJCJ). Manual de Procedimentos – Colaborar Ativamente Na Prevenção e Eliminação Da Mutilação Genital Feminina. (Lisboa, 2020).
70. Plan International. Mutilação Genital Feminina – Declaração de Políticas 2023. (2023).
71. Defante, M. L. R. et al. Continuous versus interrupted suturing for second-degree perineal tears and episiotomies: A meta-analysis of randomized trials. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 314, 114722 (2025).
72. Frade, A., Brasil, E., Beliz, V. & Fernandes, V. Guia Sobre Violência Baseada No Género. (Projecto Pilon Di Mudjer - Senhoras de Si, Cabo Verde - Portugal, 2024).
73. World Health Organization (WHO). Eliminating virginity testing: an interagency statement. 1–19 (2018).

Apêndice

Apêndice A: Tipos de violência sexual

Quadro 3: Tipos de violência sexual

Violência sexual em relações íntimas ^{2,15,17}	Atos sexuais não consentidos perpetrados por parceiros íntimos (atuais ou passados), explorando a relação de confiança/intimidade, frequentemente coexiste com outras formas de violência.
Violência sexual por não parceiros ^{2,15}	Agressões sexuais cometidas por pessoas sem vínculo íntimo direto com a vítima (familiares, conhecidos, colegas, vizinhos ou estranhos).
Violência sexual durante conflitos armados ^{2,15,17,22}	Uso sistemático da violência sexual como tática/arma de guerra para aterrorizar, controlar e desestruturar comunidades.
Assédio sexual ^{2,15,17}	Condutas intrusivas de natureza sexual não desejadas, perpetradas através do abuso de posição de poder, autoridade ou influência sobre a vítima.
Abuso sexual de crianças ^{2,15,17}	Qualquer atividade sexual perpetrada por adulto a uma criança/adolescente que é incapaz de consentir devido à sua idade, desenvolvimento cognitivo ou situação de dependência face ao agressor.
Exploração sexual ^{2,15,17}	Exploração de pessoas em situação de vulnerabilidade para fins de lucro sexual, incluindo tráfico humano, prostituição, pornografia e turismo sexual, frequentemente operada por redes criminosas organizadas.
Gravidez forçada - Aborto	Controlo coercivo das decisões reprodutivas da mulher, incluindo imposição ou impedimento de

forçado ^{2,15}	gravidez, coação para aborto, manipulação de métodos contraceptivos e negação de cuidados de saúde reprodutiva.
Atos violentos contra a integridade sexual das mulheres ^{2,15,21,72,73}	Mutilação genital feminina : remoção parcial ou total dos órgãos genitais externos femininos por motivos não médicos, praticados por razões culturais, religiosas ou sociais. Teste de virgindade: exame dos genitais femininos obrigatório destinado a determinar se uma mulher ou menina teve relação sexual vaginal.
Casamento forçado ^{2,15,72}	União matrimonial realizada sem o consentimento livre e pleno de uma ou ambas as partes, ou envolvendo menores de idade. Perpetrada através de coação, pressão familiar, social e/ou económica.
Violência Sexual através das novas tecnologias ^{21,72}	Ofensas e difamação a nível sexual, partilha de fotos e vídeos íntimos sem o consentimento da pessoa envolvida e encontros com intenção de forçar relações sexuais.
“Grooming” ^{15,72}	Manipulação deliberada de crianças/adolescentes por adultos através de plataformas digitais, criando uma falsa relação de amizade, com o propósito de facilitar o abuso sexual ou obter material de exploração.
“Sextortion” ⁷²	Chantagem sexual online na qual os criminosos exigem dinheiro, mais material sexual ou favores sexuais em troca de não divulgação de conteúdo sensível.

Apêndice B: Tratamento médico da violência sexual contra a mulher

Quadro 4: Tratamento médico da violência sexual contra a mulher ^{22,49}

Tratamento	Quando	1.ª Linha	2.ª Linha
PEP Prevenção VIH	Antes das 72h	Tenofovir 300mg/Lamivudine 300mg 1 comp/28dias	Zidovudine 300mg/Lamivudine 150mg 1 comp/28dias
		Atazanavir 300mg/Ritonavir 100mg 1 comp/28dias	Lopinavir 200mg/Ritonavir 50mg 2comp/28dias
Prevenção ISTs	Antes possível	Ceftriaxona IM 500mg dose única (Diluir em lidocaína)	Cefixime PO 400mg dose única
		Azitromicina PO 2gr dose única	
		Metronidazol PO 2gr dose única Grávida/mulher a amamentar: 500mg/12h/7dias	Tinidazol PO 2gr dose única Grávida/mulher a amamentar: 500mg/12h/7dias
Contracepção de Emergência	Antes dos 5 dias	Levonorgestrel PO 1,5mg dose única Se indicação de iniciar PEP: dupla dose com 3mg 2h antes do antirretroviral	
Vacina Tétanos	Antes possível	Vacina do tétano IM 0,5ml dia1 e dia 28-30	
Vacina Hepatite B	Antes dos 6 meses	VHB 1ml IM Dia 1 – Dia 7 – Dia 28-30	
• Material forense (zaragatoas, envelopes, pentes, lençol de papel) • Material de exame (espéculo, luvas, máscara) • Roupa de substituição para a vítima • Formulários de documentação e consentimento informado			

Apêndice C: Minuta da reunião com ponto focal

Minuta da Reunião com ponto focal da EPVA:

- Data: 6 de março de 2025 às 9h30
- Local: Gabinete da Assistente Social da UCC
- Profissional entrevistada: Dra. [REDACTED], Assistente Social
- Objetivo da reunião: Conhecer a organização e o funcionamento da resposta social e institucional da UCC no âmbito da prevenção e acompanhamento de situações de VSM.

A Dra. [REDACTED] referiu exercer funções na UCC com uma carga horária correspondente a 40% do seu horário laboral, sendo o restante tempo distribuído por outras unidades de saúde.

Desde 2023, integra a EPVA, responsável pelo acompanhamento de situações de violência em pessoas adultas. As situações que envolvem crianças e jovens menores de idade são acompanhadas pelo Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), existindo outra assistente social responsável por essa área.

A EPVA é composta por duas assistentes sociais, com duas horas semanais dedicadas a esta atividade, uma médica de outra unidade de saúde da área de abrangência, com 30 minutos semanais, e uma psicóloga, igualmente com 30 minutos semanais atribuídos à equipa. Atualmente, a equipa não integra qualquer profissional de enfermagem.

No que respeita às ações desenvolvidas pela EPVA, foi referido que estas se centram, sobretudo, na análise estatística dos casos sinalizados, na divulgação e partilha de documentação e normativas atualizadas e na promoção de ações de formação dirigidas aos profissionais. Contudo, foi salientado que a equipa enfrenta múltiplas barreiras à concretização destas atividades, nomeadamente a reduzida carga horária atribuída à EPVA e o facto de os seus elementos se encontrarem distribuídos por diferentes centros de saúde da área de abrangência, o que dificulta a articulação e a coordenação do trabalho desenvolvido. Por este motivo, grande parte dos esforços acaba por se concentrar na monitorização estatística e no acompanhamento de situações específicas.

Foi ainda referido que as unidades de saúde não dispõem de protocolos próprios de rastreio, prevenção ou referenciação para situações de violência, orientando-se pelo documento da Direção-Geral da Saúde relativo à violência interpessoal.

A Dra. [REDACTED] referiu que tiveram um caso de VSM detetado na UCSF de [REDACTED], o qual foi posteriormente reencaminhado para o hospital [REDACTED]. No entanto, não houve retorno de informação, nem acompanhamento posterior, que permitisse confirmar se a utente efetivamente recebeu assistência hospitalar.

A Dra. [REDACTED] reconheceu a provável existência de um número mais elevado de casos, particularmente no contexto da violência doméstica. Salientou, no entanto, que a falta de médicos de família, o elevado número de utentes sem médico atribuído e a sobrecarga assistencial diária, traduzida em consultas com duração aproximada de 15 a 20 minutos, limitam a possibilidade de centrar a intervenção na identificação e prevenção destas situações. Referiu ainda que os casos mais frequentemente reportados correspondem a situações de violência física em pessoas idosas.

A reunião permitiu compreender, de forma mais aprofundada, os recursos existentes, os constrangimentos sentidos pela equipa e a relevância da articulação multidisciplinar e interinstitucional na prevenção, deteção e acompanhamento de situações de violência em adultos.

Apêndice D: Objetivos e atividades do ensino clínico I

Ensino Clínico I: Centro de Saúde.		
Objetivos do Plano de Estudos:		150 horas – 5 semanas
P Proporcionar cuidados de enfermagem especializados em SMO a mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, consulta preconcecional, vigilância pré-natal, consulta pós-parto, programas de preparação para a parentalidade, adaptação ao climatério e consulta de ginecológica/senologia.		
Objetivos gerais do plano de projeto:	P Promover intervenções da EE-ESMO na consciencialização sobre a VSM.	
Objetivos Específicos:	Atividades	Critérios de Avaliação
1. Apresentar o plano de projeto	P Apresentação pessoal.	P Apresentará um plano de atividades a desenvolver adaptado ao contexto e as necessidades do CS. P Realizará uma apresentação do plano de projeto e avaliará a apresentação com o questionário de avaliação P Apresenta cronograma de atividades
	P Conhece o espaço, a equipa multidisciplinar, os serviços e atividades que se desenvolvem no CS assim como as rotinas de trabalho.	
	P Partilha do plano de projeto com o Supervisor Clínico (SC).	
	P Conversa e planeamento com SC sobre a temática e as atividades a desenvolver.	
	P Adapta as atividades do plano de projeto ao contexto do CS e as recomendações do SC.	
	P Propõe sessões de apresentação deste plano de projeto para a equipa de saúde do CS, fomentando o debate sobre a VSM à equipa de saúde.	
2. Promover ações de prevenção da VSM	P Incentiva as intervenções da EE-ESMO na prevenção da VSM as mulheres e adolescentes das consultas preconcecionais, planeamento familiar e vigilância da gravidez	

	P Procura oportunidades de prevenção escolar durante o período do EC. Marcadas para Maio 2025	P Sensibilizará sobre a prevenção da VSM a três mulheres das consultas da EE-ESMO.
	P Promove a saúde sexual positivas nas consultas de Planeamento familiar, abordando a temática do consentimento e os estereótipos sexuais.	P Disponibilizará cartaz, folhetos ou póster informativos sobre prevenção da VSM adaptados à necessidade e ao contexto.
	P Fomenta a igualdade de género nos programas de preparação para a parentalidade e consultas pré-natal.	
3. Reconhecer os cuidados diretos da EE-ESMO perante a mulher vítima de VS	P Conversa informal com SC para tomar conhecimento dos protocolos estabelecidos no serviço perante a VSM.	P Preparará 1 sessão de Grupos de Discussão com EE-ESMOs.
	P Promove o debate sobre o atendimento e a responsabilidade da EE-ESMO perante a VSM.	Ů Facilitará 1 plano de intervenção individualizado a mulher com sinais sugestivos de violência na relação de intimidade.
	P Fomenta os cuidados humanizados da EE-ESMO a mulheres.	P Disponibilizará póster informativos, fluxogramas sobre o atendimento a vítimas de VSM.
	P Identifica fatores de risco associadas à VSM nas utentes das consultas da EE-ESMO no CS.	
	P Colabora com o SC no rastreio da violência nas consultas de vigilância da gravidez.	
	Ů Elabora um plano individualizado de intervenção para mulheres com fatores de risco ou vítimas de VSM.	
	Ů Proporciona suporte em primeira linha a vítimas de VSM.	
	P Disponibiliza informação sobre os protocolos de atendimento da VSM para equipa de saúde.	

4. Incentivar a colaboração com os serviços disponíveis para a VSM.	P Conversa informal com SC acerca dos serviços de referência identificados no CS para o atendimento e prevenção da VSM, com vista ao conhecimento dos recursos disponíveis na comunidade.	P Favorecerá 1 atividade de colaboração entre serviços de atendimento. P Disponibilizará lista detalhada sobre os serviços disponíveis para a vítima de VSM.
	P Provê informação complementar sobre outros serviços disponíveis na área metropolitana de Lisboa.	
	P Colabora nos fluxogramas de encaminhamento de possível mulher.	
	P Incentiva a colaboração entre o CS e os serviços disponíveis para programas de prevenção.	
Recursos	Supervisor Clínico – Mulheres beneficiárias do CS – Profissionais de saúde do CS - plano de projeto - Gabinete de consulta - Espaço físico para realização de sessões de consciencialização sobre a VSM – Cadeiras – Secretária - Projetor - Computador –Telemóvel - Material Informativo – Supervisor Pedagógico.	

Apêndice E: Cronograma de atividades do ensino clínico I

Ensino Clínico I: Cuidados de Saúde Primários : 150h - 5 semanas.							
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo	Comentários
			27/02/2025 8h30 - 16h Sessão educação saúde Recolhaadora LM	28/02/2025 9h - 14h (10h-12h: Acompanhamento Casais ao hospital) Consulta seguimento	01/mar	02/mar	→ Partilha PIF com SC → Reunião informal EPVA → Partilhar planos de sessão de educação para a saúde. → Partilhar planos de sessão da VSM. → Avaliação intermédia. → Realizar Folheto VS → Realizar plastificações para as consultas de vigilância. → Questionários de avaliação da sessão da VSM. → Questionários de avaliação da sessões de educação para a saúde. → Avaliação final.
03/03/2025 9h - 16h (14h -16h: Curso Preparação I)	04/03/2025 FERIADO	05/03/2025 8h-15h: UCC 15h-20h: UCSP	06/03/2025 9h - 13h Reunião EPVA	07/03/2025 17h - 19h (17h-19h Preparação I)	08/mar	09/mar	
10/03/2025 9h - 20h (11h -12h: Curso Recuperação I) (18h -20h: Curso Preparação I)	11/03/2025 9h - 14h (14h -16h: Curso Recuperação II)	12/03/2025 8h -14h: UCC (14h-15h: Curso Preparação II)	13/03/2025 9h - 16h	14/03/2025	15/mar	16/mar	
17/03/2025 12h - 19h (14h -16h: Curso Preparação II) (17h -19h: Curso Preparação I)	18/03/2025 9h - 16h	19/03/2025 8h-15h : UCC (9h -11 h: Curso Preparação EN) 14h: Avaliação 15h-20h:UCSP	20/03/2025 9h - 16h	21/03/2025	22/mar	23/mar	
24/03/2025 14h - 19h (14h -16h: Curso Preparação II) (17h -19h: Curso Preparação I)	25/03/2025	26/03/2025	27/03/2025 15h-20h:UCSP	28/03/2025 9h - 16h (14h -16h: Curso Preparação II)	29/mar	30/mar	
31/03/2025 9h-16h	01/04/2025 OT	02/04/2025 8h-15h: UCC 15h-20h: UCSP	03/04/2025 9h-16h 14:30h Educação saúde	04/04/2025 9h - 16h 9h: Avaliação 12:30h - sessão VSM			

Apêndice F: Folheto informativo sobre a violência sexual contra a mulher

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

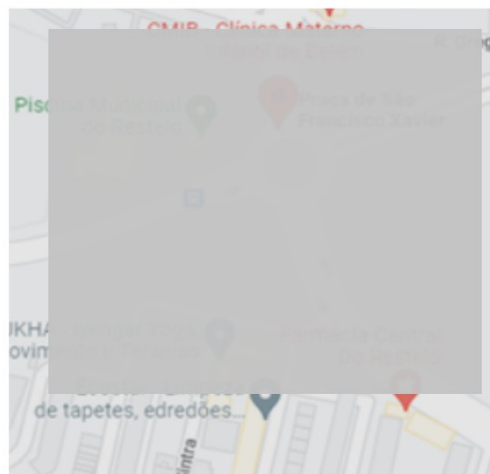


UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A UCC [redacted] intervém na população residente, estudante e trabalhadora na área de Lisboa [redacted], nas freguesias de [redacted] e Belém.

Presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, aos utentes, famílias e grupos mais vulneráveis ou com dependência física e funcional.

Contactos
Unidade de Cuidados na Comunidade
Email: [redacted]@min-saude.pt
TLM [redacted]



Sugestões e reclamações

Faça as sugestões que entender pertinentes para a melhoria do funcionamento da UCC e coloque-as na Caixa de Sugestões. Serão sempre alvo da nossa reflexão.

Caso tenha elogios ou reclamações, por favor, dirija-se ao Secretariado Clínico.

Praça de [redacted] Lisboa
Horário 08-18 horas.



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA [redacted]

VIOÊNCIA SEXUAL¹⁻⁵

“Qualquer ato de natureza sexual que é perpetrado contra a vontade de outrem”

Inclui comentários, perseguição, assédio, exploração sexual, mutilação genital, casamento/gravidez forçada, violação, abuso sexual a menores e/ou uso das redes sociais para ofensas ou difamações sexuais.



Qualquer pessoa pode ser vítima de Violência Sexual independentemente da idade, sexo, género, orientação sexual, etnia, religião, nacionalidade, profissão, nível social, económico ou cultura^{2,5}.

2025



Consequências^{2,6,7}

FÍSICAS

Lesões, infeções sexualmente transmissíveis, Hepatite B e C, Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), gravidez indesejada, infeção urinária, entre outros.

PSICOLÓGICAS

Choque, confusão, sentimento de medo, culpa, tristeza, raiva, impotência, vergonha, negação, evasão, ansiedade, insónia, depressão, entre outros.

SEXUAIS

Medo ao contato corporal, evasão, hostilidade, dor, transtorno do desejo sexual e dificuldades na excitação, entre outros.

SOCIAIS - ECONÓMICAS

Isolamento e julgamento social, absentismos laborais, desemprego, custos em cuidados de saúde, entre outros.

As mulheres estão em maior risco de sofrer violência sexual².



MITOS E FACTOS⁶⁻⁹

- ✓ *1 de cada 3 mulheres sofreu violência sexual em algum momento da sua vida.*
- X *Quando a mulher diz "não", quer dizer "talvez" ou "sim".*
- ✓ *Na maioria das vezes, o agressor é conhecido pela vítima.*
- X *A mulher provoca com o seu comportamento ou vestimenta.*
- X *A violência sexual sempre é exercida com força física.*

Não está sozinha



 **SNS 24** CENTRO DE CONTACTO
808 24 24 24

144 Linha Nacional de Emergência Criminal

 **Sexualidade em Linha**
800 222 003
Gratuita, anónima e confidencial
IPDJ - Instituto Português do Desporto e Juventude
IPDJ - Associação para o Planeamento da Família

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência
Tel. 21 380 21 65 - Email: ca@amcv.org.pt

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
Tel: - 116 006 - Email: apav.lisboa@apav.pt

APF - Associação para o Planeamento da Família
Tel. 21 385 39 93 - Email: apfsede@apf.pt

Linha OPÇÕES (gravidez não desejada)
707 200 249 (dias úteis, das 10:00h às 16:00h).

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta
Tel.: 21 294 21 98

Associação "O Ninho"
Tel. 213426949 / 963172593 / 911886265 - Email: geral@oninho.pt

Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero
Tel. 218873918 / 969367005 - Email: ilga-portugal@ilga.org

Apêndice G: Plano de sessão para enfermeiras especialistas

SESSÃO

plano de

Data: 04/05/2025

Duração: 30 minutos

Lugar: Sessão 'Online' por plataforma de comunicação de Microsoft Teams.

Título: Intervenção da EESMO na violência sexual contra a mulher.

Formadora: Maria Fernández.

Supervisora Clínica: EESMO [REDACTED]

Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.

Destinatários: EESMOs a exercer na área de abrangência da UCC [REDACTED].

Materiais necessários:

Gabinete da EESMO na UCC [REDACTED], computador com acesso à apresentação visual desenvolvida na plataforma Canva e plataforma de comunicação de Microsoft Teams.

Contexto:

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na unidade curricular de Estágio Profissional com Relatório no decorrer do ensino clínico I de Centro de saúde.

Objetivos da sessão:

Promover a consciencialização da Violência Sexual contra a Mulher através da identificação e prevenção da Violência Sexual, reconhecendo os cuidados necessários à mulher vítima de Violência Sexual e incentivando a integração com as redes de apoio à vítima disponíveis.

Conteúdo da sessão:

1. Apresentação da formadora e contexto da sessão.
2. Objetivos da sessão de consciencialização.
3. Definição e tipos de violência.
4. Definição e subtipos de violência sexual.
5. Perfis sociodemográfico e fatores de risco da violência sexual.
6. Dados epidemiológicos da violência sexual.
7. Origem da violência contra a mulher.
8. Definição, estereótipos sociais e perfis comportamentais da violação.
9. Legislação portuguesa.
10. Consequências físicas, psicológicas, sexuais, sociais e económicas.
11. Serviços de atendimento à vítima.
12. Prevenção da violência sexual contra a mulher.
13. Características e competências profissionais da EESMO.
14. Conclusões.
15. Referências bibliográficas.
16. Espaço para o debate, reflexão, dúvidas e questionário de avaliação da sessão.

Metodologia Pedagógica: A sessão seguirá uma abordagem expositivo-participativa. Iniciará com uma exposição através da qual a facilitadora apresentará os conteúdos enquanto promove a escuta ativa e incentiva a participação informal. Na fase final da sessão, será promovido um espaço de debate e reflexão coletiva, que permitirá aos participantes colocar dúvidas, partilhar perceções e refletir criticamente sobre o tema, favorecendo uma aprendizagem colaborativa.

Apêndice H: Plano de sessão para unidade de cuidados na comunidade

SESSÃO

plano de

Data: 04/05/2025

Duração: 30 minutos

Lugar: Sala de reuniões da Unidade de Cuidados na Comunidade [REDACTED]

Título: Sessão Conscientização sobre a Violência Sexual contra a Mulher.

Formadora: Maria Fernández.

Supervisora Clínica: EESMO [REDACTED]

Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.

Destinatários: Profissionais de saúde da UCC [REDACTED] e da USF [REDACTED]

Materiais necessários:

Sala de reuniões com cadeiras e mesa, projetor multimédia, computador com acesso à apresentação visual desenvolvida na plataforma Canva.

Contexto:

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na unidade curricular de Estágio Profissional com Relatório no decorrer do ensino clínico I de Centro de saúde.

Objetivos da sessão:

Promover a conscientização da Violência Sexual contra a Mulher através da identificação e prevenção da Violência Sexual, reconhecendo os cuidados necessários à mulher vítima de Violência Sexual e incentivando a integração com as redes de apoio à vítima disponíveis.

Conteúdo da sessão:

1. Apresentação da formadora e contexto da sessão.
2. Objetivos da sessão de conscientização.
3. Definição e tipos de violência.
4. Definição e subtipos de violência sexual.
5. Perfis sociodemográfico e fatores de risco da violência sexual.
6. Dados epidemiológicos da violência sexual.
7. Origem na violência contra a mulher.
8. Definição, estereótipos sociais e perfis comportamentais da violação.
9. Consequências físicas, psicológicas, sexuais, sociais e económicas.
10. Serviços de atendimento à vítima.
11. Prevenção da violência sexual contra a mulher.
12. Conclusões.
13. Referências bibliográficas.
14. Apresentação do folheto informativo sobre a violência sexual.
15. Espaço para o debate, reflexão, dúvidas e questionário de avaliação da sessão.

Metodologia Pedagógica:

A sessão seguirá uma abordagem expositivo-participativa. Iniciará com uma exposição através da qual a facilitadora apresentará os conteúdos enquanto promove a escuta ativa e incentiva a participação informal. Na fase final da sessão, será promovido um espaço de debate e reflexão coletiva, que permitirá aos participantes colocar dúvidas, partilhar perceções e refletir criticamente sobre o tema, favorecendo uma aprendizagem colaborativa.

Apêndice I: Apresentação realizada para enfermeiras especialistas



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
CENTRAL - LISBOA
PORTUGUESA

1º. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
Estágio Profissional com Relatório

Intervenção da EESMO na Violência Sexual contra a Mulher

Maria Fernández nº. 9231.
Supervisora Pedagógica: Maria Maceiras.
Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ensino Clínico I
UCC [REDACTED] - Março 2025



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
LISBOA [REDACTED]

CONTEÚDO

- 1 Violência
- 2 Violência Sexual
- 3 Consequências
- 4 Serviços de Atendimento a Vítimas
- 5 Prevenção
- 6 EESMO
- 7 Conclusões
- 8 Referências Bibliográficas

OBJETIVOS



Promover a consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher

- Promover ações de identificação e prevenção da Violência Sexual
- Incentivar a integração e referência com as redes de apoio à vítima
- Reconhecer os cuidados necessários à mulher vítima de Violência Sexual

NOTA



- 95,5% das profissionais são mulheres
- Participantes na sessão são mulheres
- Tema com sensibilidade de género

1 VIOLÊNCIA

1-3

- Trata-se do uso intencional da força física ou do poder, seja de forma real ou como uma ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade.
- A violência pode se manifestar de maneira física, psicológica, sexual e/ou financeira.
- Ela resulta, ou tem uma alta probabilidade de resultar, em ferimentos, morte, danos psicológicos, comprometimento do desenvolvimento ou privação.
- Ao longo da História da Humanidade, a Violência sempre tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos.
- Não é razoável considerar a violência como uma parte inevitável da condição humana = **Legitimar a violência.**

5

1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

O diagrama hierárquico classifica a violência em três níveis principais: Individual, Interpessoal e Coletiva. A Individual se divide em Autoagredida e Comportamentos. A Interpessoal se divide em Familiar / Vecindade / Rótulo, Comunidade e Condição. A Coletiva se divide em Social, Política e Econômica. Abaixo, a tabela detalha a natureza da violência em seis dimensões para cada uma das categorias finais do diagrama.

NATUREZA DA VIOLÊNCIA	ATOS SUCIDAS	COMPORTAMENTOS	FAMILIAR / VECINDADE / RÓTULO	COMUNIDADE	SOCIAL	POLÍTICA	ECONÔMICA
			CONDICÃO	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO	CONDIÇÃO
FÍSICA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SEXUAL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PSICOLÓGICA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRIVACIÃO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
NEGLIGÊNCIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

2-5

Qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados, ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, perpetrados por qualquer pessoa contra outra independentemente da relação com a vítima, mediante coação, ameaça de dano ou força física em qualquer tipo de contexto.

 **· QUALQUER ATO QUE “FORÇA” A INTIMIDADE SEXUAL DO OUTRO -**
“Contra a vontade - Sem Consentimento”

Incluindo situações em que a vítima não pode consentir devido à idade, doença, deficiência, ou por estar sob a influência de substâncias que alteram a consciência, como o álcool e drogas.

7

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

2-5

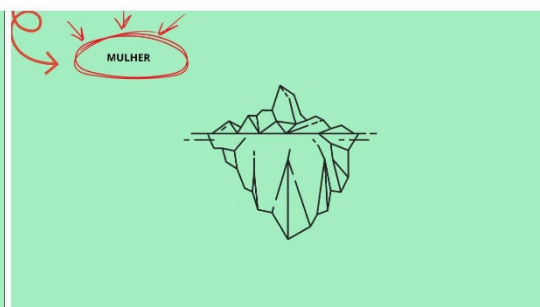
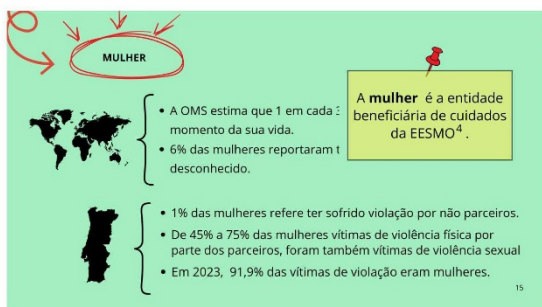
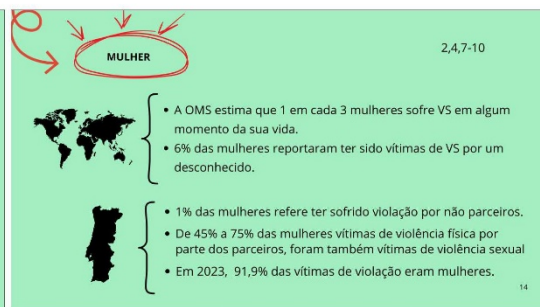
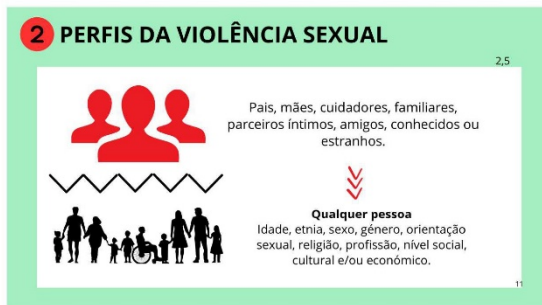
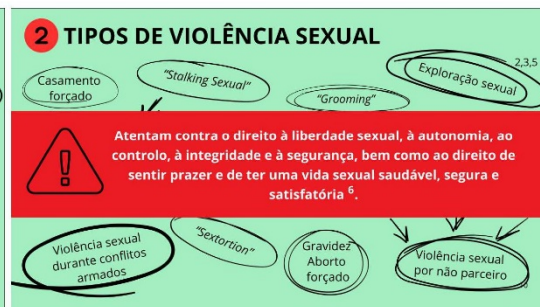
Qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual, comentários atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, perpetrado, contra outra independentemente da relação com a vítima, mediante ou força física em qualquer tipo de contexto.

 Mandato social e foco de atuação da EESMO é cuidar da mulher no âmbito da saúde sexual.

 **QUALQUER ATO QUE "FORÇA" A INTIMIDADE SEXUAL DO OUTRO -**
"Contra a vontade - Sem Consentimento"

Incluindo situações em que a vítima não pode consentir devido à idade, doença, deficiência, ou por estar sob a influência de substâncias que alteram a consciência, como o álcool e drogas.

8



MULHER

6-11

- Tema tabu nas sociedades (50 a 90% dos casos não são denunciados).
- Medo de vingança, escândalo, humilhação, críticas e/ou exclusão social.
- Pressão familiar, sentimento de culpa e falta de conhecimento sobre os seus direitos e os impactos da agressão na sua saúde.
- Dificuldade em definir a sua experiência como abusiva, dependência.
- Ceticismo quanto à eficácia das entidades policiais, da justiça e dos tribunais.
- Receios em relação aos custos económicos dos processos judiciais.

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

2-47/9/11

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Física
Psicológica
Sexual-VSM
Económica

Violência Doméstica — Violência Sexual

Mais Cruel - Desvaloriza o corpo e os valores femininos - Contra o mais íntimo - Sexualidade

Sem contato
Com contato
VIOLAÇÃO

VIOLAÇÃO

6,7,8,11,12

- "Qualquer ato de violência física ou psíquica, exercida contra a liberdade da outra pessoa, **obrigando-a a ter práticas sexuais** que não deseja, consigo ou com outrem. Entendendo como práticas sexuais cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de parte do corpo ou objetos".
- Construção social persistente de que a violação só é perpetrada por agressão física violenta por um estranho numa rua escura à noite.
- Maior probabilidade de ser perpetrada por pessoas conhecidas, num contexto privado.

ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS CULTURAIS = CULPA DA MULHER. = INVISIBILIDADE

Quando a mulher diz "não" quer dizer "talvez" ou "sim"

A mulher provoca com o seu comportamento ou vestimenta

A violação deixa sinais de força

O sexo é o principal motivo da violação

Só algumas mulheres são vítimas de violação

Os homens não controlam o impulso sexual.

A mulher sempre pode oferecer resistência

A violação é sempre denunciada a polícia

O marido tem o direito de manter relações sexuais quando quiser

6,8,9,11,12

Quando a mulher diz "não" quer dizer "talvez" ou "sim"

A violação deixa sinais de força

O sexo é o principal motivo da violação

Só algumas mulheres são vítimas de violação

Os profissionais devem rever e questionar as suas próprias crenças sobre a VSM, não devem emitir julgamentos nem opiniões sobre a veracidade da agressão.

A mulher sempre pode oferecer resistência

A violação é sempre denunciada a polícia

O marido tem o direito de manter relações sexuais quando quiser

6,8,9,11,12

VIOLAÇÃO

3,8,9,12

- Toleram mal a frustração, impulsivos e perdem o controle de seus atos facilmente.
- Exercem controle sobre a vida das suas parceiras e impõem o chamado 'dever conjugal'.
- Gosto pela relação de domínio.
- Baixas competências sociais.
- Não tem uma motivação de cariz sexual.
- Sem transtornos psicopáticos ou psicológicos.

- Envergonhadas, com baixa autoestima, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes, inseguras, com algum grau de depressão.
- Desempregadas, baixo nível socioeconómico e académico, vínculos familiares fracos e/ou história prévia de maus-tratos.

VIOLAÇÃO

3,8,9,12

- Toleram mal a frustração, impulsivos e perdem o controle de seus atos facilmente.
- Exercem controle sobre a vida das suas parceiras e impõem o chamado 'dever conjugal'.
- Gosto pela relação de domínio.
- Baixas competências sociais.
- Não tem uma motivação de cariz sexual.
- Sem transtornos psicopáticos ou psicológicos.

Desenvolver planos individualizados de avaliação do risco¹³.

- Envergonhadas, com baixa autoestima, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes, inseguras, com algum grau de depressão.
- Desempregadas, baixo nível socioeconómico e académico, vínculos familiares fracos e/ou história prévia de maus-tratos.

LEGISLAÇÃO

6,8,14-16

Código Penal Português

crimes contra a Liberdade Sexual

Artigo 164.º - Violação

crimes de Autodeterminação Sexual

Artigo 171.º - Abuso Sexual de crianças (<14 anos)

Artigo 173.º - Atos sexuais com adolescentes (de 14 a 16 anos)

LEGISLAÇÃO

6,8,14-16

- A violação é punida com pena de prisão de um até seis anos.
- Pode variar de três a dez anos de prisão = violência, ameaça grave, induzida a inconsciência ou incapacidade.
- A violação é **crime semipúblico** (contra menores - morte ou suicídio da vítima).
- A vítima adulta tem um período limitado de 6 meses para apresentar queixa.
- A vítima menor de idade pode apresentar queixa até os 25 anos.
- A gravidez resultante da violação pode ser interrompida até às 16 semanas de gestação vs às 10 semanas.

LEGISLAÇÃO

6,8,14-16

- A violação é punida com pena de prisão de um até seis anos.
- Pode variar de três a dez anos de prisão = violência, ameaça grave, induzida a inconsciência ou incapacidade.
- A violação é **crime semipúblico** (contra menores - morte ou suicídio da vítima).
- A vítima adulta tem um período limitado de 6 meses para apresentar queixa.
- A vítima menor de idade pode apresentar queixa até os 25 anos.
- A gravidez resultante da violação pode ser interrompida até às 16 semanas de gestação vs às 10 semanas.

A EESMO deve agir em conformidade com as normas legais, aderindo aos seus regulamentos, princípios éticos e deontologia profissional ^{17,18}.

3 CONSEQUÊNCIAS

FÍSICAS **PSICOLÓGICAS** **SEXUAIS** **SOCIAIS** **ECONÓMICAS**

- Cada vítima reage e lida com o trauma de forma única.
- As circunstâncias da agressão são fatores que agravam as consequências.

FÍSICAS

8,19,21,22

- Lesões extragenitais.
- Trauma genital.
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).
- Hepatite B.
- Hepatite C.
- Gravidez indesejada.
- Aborto espontâneo.
- Outras doenças: dor crónica, fadiga, náuseas, cefaleias persistentes, vaginites, infeções urinárias e doença inflamatória pélvica.

8,9,11,12,19-21

PSICOLÓGICAS

- Experiência profundamente traumática que gera níveis elevados de stress que excede a capacidade da vítima de gerir as emoções envolvidas, ultrapassando as estratégias de adaptação.
- **FASE AGUDA - período de desorganização:**
- Paralisção - "freezing" pelo medo e stress intenso.
- Choque, confusão, aturrida, desorganizada.
- Sentimentos de medo, angústia, vergonha, raiva, impotência, baixa autoestima e culpa.
- Sentimento de negação e irrealidade.
- Comportamento de evasão.

8,9,11,12,19-21

PSICOLÓGICAS

LONGO PRAZO - Fase de reorganização: mal adaptativo:

- Distúrbios de ansiedade e medo: hipervigilância, tensão, medo e irritabilidade.
- Distúrbios de sono: insónias - "flashbacks".
- Sensação de solidão, transtorno do apetite, abuso de álcool e/ou drogas e tentativas ou ideias suicidas.
- Depressão: tristeza persistente, perda de interesse em atividades prazerosas e sentimentos de desesperança.
- Perturbações obsessivo-compulsivas, fobias e pânico.
- Perturbações de Stress Pós-Traumático.

8-11

SEXUAIS

- Sentimentos de Hostilidade.
- Comportamentos de evasão/evitação.
- Medo do contacto corporal.
- Disfunções sexuais: como vaginismo, transtorno do desejo sexo, dificuldade na excitação, anorgasmia, dispareunia e podem chegar a problemas reprodutivos, como infertilidade.
- O parceiro da vítima também pode estar afetado sentindo-se culpado, impotente, com raiva, com disfunção erétil ou a inibição do desejo sexual.

31

9,11

SOCIAIS

- Redução na quantidade e qualidade das relações sociais e familiares.
- Isolamento social da vítima - ainda mais pronunciado quando o agressor faz parte do círculo íntimo.
- Posição de vulnerabilidade social.
- Julgamento social, rejeição pela família ou amigos, com riscos de perdas emocionais, sociais e económicas.

32

ECONÓMICAS

10,23

- Períodos de desemprego, absentismo e de sofrer problemas de saúde que afetam o desempenho no trabalho.
- Têm mais problemas de saúde que levam a custos de cuidados de saúde.
- A nível geral: a provisão de tratamento, serviços de saúde mental, atendimento de emergência e respostas do sistema de justiça.
- A nível europeu, custo de 289 mil milhões de euros por ano.

33

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

Serviços de Saúde	Ministério de Saúde, SNS, hospitais e centros de saúde, entre outros.
Serviços Médico-legais	Regidos pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF).
Ministério Público e Entidades policiais	Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana e Polícia Judiciária.
Serviços de apoio à vítima	Associação de Mulheres contra a Violência (AMCV), Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) ou União Alternativa e Resposta de Mulheres (UMAR), entre outros.

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

- A **qualidade do apoio**: sem julgamentos, nem desacreditação, com a formação adequada dos profissionais para um atendimento eficaz, empático e coordenado.
- Minimizar as consequências negativas do trauma e prevenir a vitimização secundária.
- A **vitimização secundária** pode provocar sentimentos de culpa, vergonha e medo nas vítimas, sendo potencialmente tão ou mais impactante do que a vitimização primária.

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

- A **VS é uma emergência médica** = prioritário.
- O **exame médico-legal é opcional**, deve ser providenciado num tempo útil de forma a assegurar as melhores condições de saúde da vítima e as melhores condições da recolha dos vestígios do crime.
- A **OMS recomenda que os serviços médico-legais e de saúde sejam integrados para minimizar a vitimização secundária**.

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

ORIENTAÇÃO

Gracia Freitas

NÚMERO: 001/2022
DATA: 09/02/2022
ASSUNTO: Abusos em Situações de Violência em Adultos: Registo Clínico de Violência em Adultos - Registo de Saúde Eletrónico.
PALAVRAS-CHAVE: Registo Clínico de Violência em Adultos; Registo de Saúde Eletrónico; Abusos da Saúde em situações de violência interpessoal em pessoas adultas.
PARA: Profissionais de Saúde e todas as instituições de saúde.
CONTACTOS: Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
pnpcv@dg.rrn.saude.pt

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

Formulário de Registro Clínico da Violência

« Registrar com maior grau de detalhe e objetividade as informações recolhidas na entrevista e/ou exame físico no Formulário de Registro Clínico da Violência, enviando cópia para a respectiva Equipe de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) »

6,7

- VSRI - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CRIME PÚBLICO.
- VIOLÊNCIA SEXUAL: CRIME SEMI-PÚBLICO.

41

5 PREVENÇÃO

- 3,6,7,9,10,19,26-28
- A violência é evitável com estratégias de prevenção.
 - Deve abordar indivíduos, relações, comunidades e a sociedade em geral, envolvendo as escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, organizações não governamentais, o sistema de justiça criminal e a comunicação social.
 - É crucial o **empoderamento social e económico das mulheres**.
 - A **educação em igualdade de género** deve iniciar-se numa idade jovem, para que evitem reproduzir comportamentos e atitudes, eliminar preconceitos e papéis estereotipados de género e do sexo.

5 PREVENÇÃO

- 3,6,7,9,10,19,26-28
- A violência é evitável com estratégias de prevenção.
 - Deve abordar indivíduos, relações, comunidades e a sociedade em geral, envolvendo as escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, organizações não governamentais, o sistema de justiça criminal e a comunicação social.
 - É crucial o **empoderamento social e económico das mulheres**.
 - A **educação em igualdade de género** deve iniciar-se numa idade jovem, para que evitem reproduzir comportamentos e atitudes, eliminar preconceitos e papéis estereotipados de género e do sexo.
- Os profissionais de saúde devem expandir o foco além do tratamento reparador para incluir estratégias preventivas que abordem as causas subjacentes.

5 PREVENÇÃO

- Fornecer conhecimento sobre todos os aspetos relativos a VSM.
- Implementar **Programas de educação sexual** que explorem os aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais da sexualidade.
- Visa não apenas a redução dos comportamentos de risco, mas também o fomento de mudanças positivas nas atitudes, contribuindo assim para experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas.

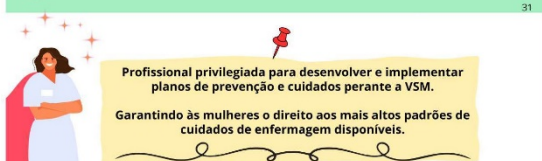
5 PREVENÇÃO

- Fornecer conhecimento sobre todos os aspetos relativos a VSM.
 - Implementar **Programas de educação sexual** que explorem os aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais da sexualidade.
 - Visa não apenas a redução dos comportamentos de risco, mas também o fomento de mudanças positivas nas atitudes, contribuindo assim para experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas.
- Estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover vivências positivas da sexualidade.

6 A EESMO

- 4,9,31,32
- Competência científica, técnica e humana, além de cuidados gerais.
 - Modelo de cuidados centrados na mulher = adequados às necessidades reais e individuais.
 - Proporciona informação para escolhas informadas.
 - Respeita a dignidade e autonomia da mulher.
 - Dá resposta às necessidades no **âmbito da saúde sexual**.
 - Promove os melhores níveis de saúde no âmbito sexual.
 - Detecta precocemente problemas na sexualidade.
 - Habilidades para gerir e adaptar-se a contextos complexos e imprevisíveis.

6 A EESMO



7 CONCLUSÕES

- ✓ A VSM é uma realidade.
- ✓ Momento de maior vulnerabilidade da mulher.
- ✓ A EESMO pode fazer a diferença.
- ✓ Atitude proativa = superar as barreiras.
- ✓ Cuidados Humanos.
- ✓ **Mulher ajuda a outra Mulher.**
- ✓ De vítima a sobrevivente.



Apêndice J: Apresentação realizada para a unidade de cuidados na comunidade

ESS LISBOA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
Estágio Profissional com Relatório

Violência Sexual contra a Mulher

Maria Fernández n.º 9231,
Supervisora Pedagógica: Maria Maceiras,
Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ensino Clínico I
UCC [REDACTED] - março 2025
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LISBOA [REDACTED]

OBJETIVOS

Promover ações de identificação e prevenção da Violência Sexual

Promover a consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher

Reconhecer os cuidados necessários à mulher vítima de Violência Sexual

Incentivar a integração e referência com as redes de apoio à vítima

CONTEÚDO

- 1 Violência
- 2 Violência Sexual
- 3 Consequências
- 4 Serviços de Atendimento a Vítimas
- 5 Prevenção
- 6 Conclusões
- 7 Referências Bibliográficas

1 VIOLÊNCIA

1-3

- Trata-se do uso intencional da força física ou do poder, seja de forma real ou como uma ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade.
- A violência pode se manifestar de maneira física, psicológica, sexual e/ou financeira.
- Ela resulta, ou tem uma alta probabilidade de resultar, em ferimentos, morte, danos psicológicos, comprometimento do desenvolvimento ou privação.
- Ao longo da História da Humanidade, a Violência sempre tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos.
- Não é razoável considerar a violência como uma parte inevitável da condição humana = **Legitimar a violência**.

1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

NATUREZA DA VIOLÊNCIA	ATOS SUICIDAS	COMPORTAMENTOS	FAMILIAR / INTERPESSOAL ÍNTIMO	COMUNITARIE	SOCIAL	POLITICA	ECONOMICA
FÍSICA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SEXUAL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PSICOLÓGICA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRIVAÇÃO / NEGLIGÊNCIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

2-5

Qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados, ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, perpetrados por qualquer pessoa contra outra independentemente da relação com a vítima, mediante coação, ameaça de dano ou força física em qualquer tipo de contexto.

- QUALQUER ATO QUE "FORÇA" A INTIMIDADE SEXUAL DO OUTRO -
"Contra a vontade — Sem Consentimento"

Incluindo situações em que a vítima não pode consentir devido à idade, doença, deficiência, ou por estar sob a influência de substâncias que alteram a consciência, como o álcool e drogas.

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2,3,5

Atentam contra o direito à liberdade sexual, à autonomia, ao controlo, à integridade e à segurança, bem como ao direito de sentir prazer e de ter uma vida sexual saudável, segura e satisfatória ⁶.

2 PERFIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

2,5



2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

2-4



2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

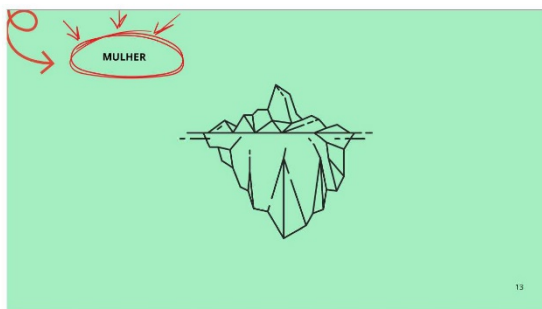
2-4



11

2,4,7-10

- A OMS estima que 1 em cada 3 mulheres sofre VS em algum momento da sua vida.
- 6% das mulheres reportaram ter sido vítimas de VS por um desconhecido.
- 1% das mulheres refere ter sofrido violação por não parceiros.
- De 45% a 75% das mulheres vítimas de violência física por parte dos parceiros, foram também vítimas de violência sexual.
- Em 2023, 91,9% das vítimas de violação eram mulheres.



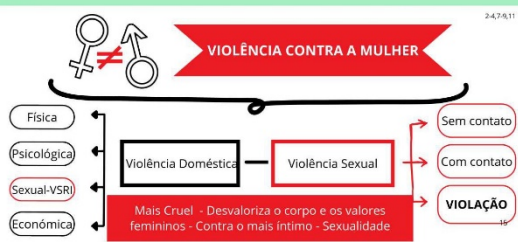
13

2,3,7-9,11

- Tema tabu nas sociedades (50 a 90% dos casos não são denunciados).
- Medo de vingança, escândalo, humilhação, críticas e/ou exclusão social.
- Pressão familiar, sentimento de culpa e falta de conhecimento sobre os seus direitos e os impactos da agressão na sua saúde.
- Dificuldade em definir a sua experiência como abusiva, dependência.
- Ceticismo quanto à eficácia das entidades policiais, da justiça e dos tribunais.
- Receios em relação aos custos económicos dos processos judiciais.

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

2,4,7,9,11

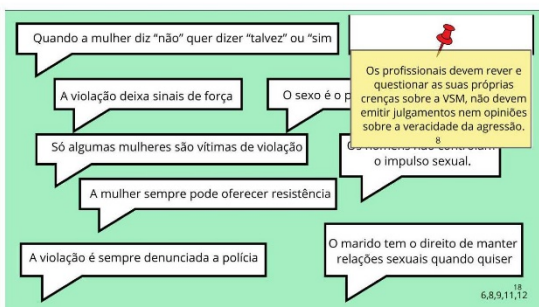
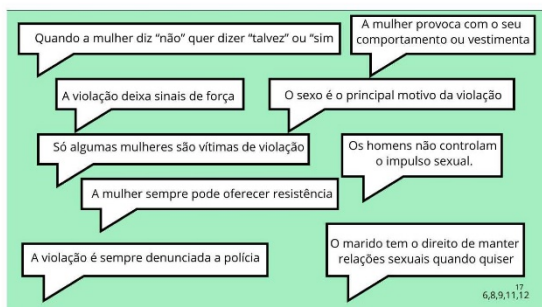


6,7,8,11,12

VIOLAÇÃO

- "qualquer ato de violência física ou psíquica, exercida contra a liberdade da outra pessoa, **obrigando-a a ter práticas sexuais** que não deseja, consigo ou com outrem. Entendendo como práticas sexuais, cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de parte do corpo ou objetos".
- Construção social persistente de que a violação só é perpetrada por agressão física violenta por um estranho numa rua escura à noite.
- Maior probabilidade de ser perpetrada por pessoas conhecidas, num contexto privado.

ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS CULTURAIS = CULPA DA MULHER = INVISIBILIDADE



VIOLAÇÃO

3,8,9,12

- Toleram mal a frustração, impulsivos e perdem o controle de seus atos facilmente.
- Exercem controle sobre a vida das suas parceiras e impõem o chamado 'dever conjugal'.
- Gosto pela relação de domínio.
- Baixas competências sociais.
- Não tem uma motivação de cariz sexual.
- Sem transtornos psicopáticos ou psicológicos.

13

Envergonhadas, com baixa autoestima, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes, inseguras, com algum grau de depressão.

Desempregadas, baixo nível socioeconómico e académico, vínculos familiares fracos e/ou história prévia de maus-tratos.

19

VIOLAÇÃO

3,8,9,12

- Toleram mal a frustração, impulsivos e perdem o controle de seus atos facilmente.
- Exercem controle sobre a vida das suas parceiras e impõem o chamado 'dever conjugal'.
- Gosto pela relação de domínio.
- Baixas competências sociais.
- Não tem uma motivação de cariz sexual.
- Sem transtornos psicopáticos ou psicológicos.

Desenvolver planos individualizados de avaliação do risco.

20

3 CONSEQUÊNCIAS

FÍSICAS **PSICOLÓGICAS** **SEXUAIS** **SOCIAIS** **ECONÓMICAS**

- Cada vítima reage e lida com o trauma de forma única.
- As circunstâncias da agressão são fatores que agravam as consequências.

21

8,19,21,22

- Lesões extragenitais.
- Trauma genital.
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).
- Hepatite B.
- Hepatite C.
- Gravidez indesejada.
- Aborto espontâneo.
- Outras doenças: dor crónica, fadiga, náuseas, cefaleias persistentes, vaginites, infeções urinárias e doença inflamatória pélvica.

22

8,9,11,12,19-21

PSICOLÓGICAS

- Experiência profundamente traumática que gera níveis elevados de stress que excede a capacidade da vítima de gerir as emoções envolvidas, ultrapassando as estratégias de adaptação.
- **FASE AGUDA - período de desorganização:**
- Paralisação - "freezing" pelo medo e stress intenso.
- Choque, confusão, aturdição, desorganizada.
- Sentimentos de medo, angústia, vergonha, raiva, impotência, baixa autoestima e culpa.
- Sentimento de negação e irrealidade.
- Comportamento de evasão.

23

8,9,11,12,19-21

PSICOLÓGICAS

LONGO PRAZO - Fase de reorganização: mal adaptativo:

- Distúrbios de ansiedade e medo: hipervigilância, tensão, medo e irritabilidade.
- Distúrbios de sono: insónias - "flashbacks".
- Sensação de solidão, transtorno do apetite, abuso de álcool e/ou drogas e tentativas ou ideias suicidas.
- Depressão: tristeza persistente, perda de interesse em atividades prazerosas e sentimentos de desesperança.
- Perturbações obsessivo-compulsivas, fobias e pânico.
- Perturbações de Stress Pós-Traumático.

24



SEXUAIS

8-11

- Sentimentos de Hostilidade.
- Comportamentos de evasão/evitação.
- Medo do contacto corporal.
- Disfunções sexuais: como vaginismo, transtorno do desejo sexo, dificuldade na excitação, anorgasmia, dispareunia e podem chegar a problemas reprodutivos, como infertilidade.
- O parceiro da vítima também pode estar afetado sentindo-se culpado, impotente, com raiva, com disfunção erétil ou a inibição do desejo sexual.

25



SOCIAIS

9,11

- Redução na quantidade e qualidade das relações sociais e familiares.
- Isolamento social da vítima - ainda mais pronunciado quando o agressor faz parte do círculo íntimo.
- Posição de vulnerabilidade social.
- Julgamento social, rejeição pela família ou amigos, com riscos de perdas emocionais, sociais e económicas.

26



ECONÓMICAS

10,23

- Períodos de desemprego, absentismo e de sofrer problemas de saúde que afetam o desempenho no trabalho.
- Têm mais problemas de saúde que levam a custos de cuidados de saúde.
- A nível geral: a provisão de tratamento, serviços de saúde mental, atendimento de emergência e respostas do sistema de justiça.
- A nível europeu, custo de 289 mil milhões de euros por ano.

27

4 ATENDIMENTO



6,8,9,19,20,22,24,25

- A **qualidade do apoio**: sem julgamentos, nem desacreditação, com a formação adequada dos profissionais para um atendimento eficaz, empático e coordenado.
- Minimizar as consequências negativas do trauma e prevenir a vitimização secundária.
- A **vitimização secundária** pode provocar sentimentos de culpa, vergonha e medo nas vítimas, sendo potencialmente tão ou mais impactante do que a vitimização primária.

28

4 ATENDIMENTO



6,6,9,19,20,22,24,25

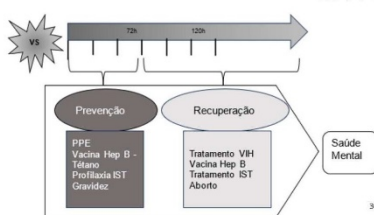
- A **VS é uma emergência médica** = prioritário.
- O **exame médico-legal é opcional**, deve ser providenciado num tempo útil de forma a assegurar as melhores condições de saúde da vítima e as melhores condições da recolha dos vestígios do crime.
- A OMS recomenda que os serviços médico-legais e de saúde sejam integrados para minimizar a vitimização secundária.

29

4 ATENDIMENTO



6,8,9,19,20,22,24,25



30

4 ATENDIMENTO



6,8,9,19,20,22,24,25



ORIENTAÇÃO

Gracia Freitas

NÚMERO: 001/2022
DATA: 09/02/2022

ASSUNTO: Atuação em Situações de Violência em Adultos: Registo Clínico de Violência em Adultos - Registo de Saúde Eletrónico.

PALAVRAS-CHAVE: Registo Clínico de Violência em Adultos; Registo de Saúde Eletrónico; Atuação da Saúde em situações de violência interpessoal em pessoas adultas.

PARA: Profissionais de Saúde e todas as instituições de saúde.

CONTACTOS: Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
pnpcv@sgp.mn-saude.pt

31

4 ATENDIMENTO



6,8,9,19,20,22,24,25



32

4 ATENDIMENTO

6,8,9,19,20,22,24,25

Formulário de Registro Clínico da Violência

« Registrar com maior grau de detalhe e objetividade as informações recolhidas na entrevista e/ou exame físico no **Formulário de Registro Clínico da Violência**, enviando cópia para a respectiva Equipe de Prevenção da Violência em Adultos (EPVA) »

6,7

- VSRI - VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CRIME PÚBLICO.
- VIOLÊNCIA SEXUAL: CRIME SEMI-PÚBLICO.

33

5 PREVENÇÃO

3,6,7,9,10,19,26-28

- A violência é evitável com estratégias de prevenção.
- Deve abordar indivíduos, relações, comunidades e a sociedade em geral, envolvendo as escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, organizações não governamentais, o sistema de justiça criminal e a comunicação social.
- É crucial o **empoderamento social e económico das mulheres**.
- A **educação em igualdade de género** deve iniciar-se numa idade jovem, para que evitem reproduzir comportamentos e atitudes, eliminar preconceitos e papéis estereotipados de género e do sexo.

34

5 PREVENÇÃO

3,6,7,9,10,19,26-28

- A violência é evitável com estratégias de prevenção.
- Deve abordar indivíduos, relações, comunidades e a sociedade em geral, envolvendo as escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, organizações não governamentais, o sistema de justiça criminal e a comunicação social.
- É crucial o **empoderamento social e económico das mulheres**.
- A **educação em igualdade de género** deve iniciar-se numa idade jovem, para que evitem reproduzir comportamentos e atitudes, eliminar preconceitos e papéis estereotipados de género e do sexo.

35

5 PREVENÇÃO

3,6,7,9,10,19,26-28

- Fornecer conhecimento sobre o todos os aspetos relativos a VSM.
- Implementar **Programas de educação sexual** que explorem os aspetos físicos, cognitivos, emocionais e sociais da sexualidade.
- Visa não apenas a redução dos comportamentos de risco, mas também o fomento de mudanças positivas nas atitudes, contribuindo assim para experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas.

36

6 CONCLUSÕES

- ✓ A VSM é uma realidade.
- ✓ Momento de maior vulnerabilidade da mulher.
- ✓ O profissional de saúde pode fazer a diferença.
- ✓ De vítima a sobrevivente.
- ✓ Ganhos em saúde.
- ✓ Atitude proativa = superar as barreiras.
- ✓ Cuidados Humanos.

37

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

38

FOLHETO VIOLÊNCIA SEXUAL

39

Gracias

Avaliação da apresentação

40

Apêndice K: Cartaz para a sessão de educação para a saúde



Apêndice L: Plano de sessão para a instituição social

SESSÃO

plano de

Data: 03/05/2025 às 14:30

Duração: 30 minutos

Lugar: Sala de refeitório da Instituição [REDACTED]

Título: Situações de emergência e primeiros socorros.

Formadora: Maria Fernández.

Supervisora Clínica: EESMO [REDACTED]

Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.

Destinatários: Funcionários e mulheres em situação de prostituição da Instituição.

Materiais necessários:

Sala com cadeiras e mesa, projetor multimédia, computador com acesso à apresentação visual desenvolvida na plataforma Canva e Slidesgo.

Contexto:

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na unidade curricular de Estágio Profissional com Relatório no decorrer do ensino clínico I de centro de saúde.

Objetivos da sessão:

Proporcionar informação que permita identificar e responder de maneira rápida, segura e eficaz a situações de emergência, fornecendo noções básicas de primeiros socorros a adultos e crianças que possam salvar vidas até à chegada de profissionais sanitários. Reforçar a profilaxia pós-exposição após agressão sexual ou relação sexual desprotegida.

Conteúdo da sessão:

1. Apresentação da formadora e do contexto da sessão.
2. Objetivos da sessão de formação.
3. Definição e tipos de situações de emergência.
4. O que devemos fazer ante situações de emergência.
5. Acidentes de trânsito.
6. Terramoto.
7. Afogamentos.
8. Queimaduras.
9. Feridas.
10. Emergências médicas incluído agressões sexuais.
11. Definição de primeiros socorros.
12. Primeiros socorros no afogamento e engasgamento.
13. Primeiros socorros psicológicos.
14. Suporte básico de vida em adulto.
15. Suporte básico de vida em crianças.
16. Conclusões.
17. Referências bibliográficas e questionário de avaliação.

Metodologia Pedagógica:

A sessão será conduzida por meio de uma metodologia expositivo-participativa, com uso de imagens, vídeos e casos reais para ilustrar situações de emergência e primeiros socorros, promovendo a partilha de experiências e a interação dos participantes.

Apêndice M: Apresentação realizada para a instituição social

Situações de Emergência Primeiros Socorros

Março 2025

- Enfermeira e aluna Maria Fernández
- Supervisora Clínica e Enf. Especialista
- Supervisora Pedagógica Professora Doutora Maria Macêiras

ISS LISBOA

Objetivo:

- Identificar e responder de maneira rápida e eficaz a **situações de emergência**.
- Fornecer noções básicas de **primeiros socorros** que possam salvar vidas até à chegada de ajuda profissional.

Situação de Emergência

- Situação em que são necessários primeiros socorros.
- Pode ser pequena ou grande quantidade de vítimas e pode acontecer num espaço privado ou público.

Situações de Emergência

Acidente de trânsito	Emergências médicas
Desastres naturais: terramoto.	Queimaduras
Afogamento	Feridas

O que devemos fazer perante uma Situação de Emergência?

- Manter a calma
- Garantir a segurança
- Pedir ajuda
- Controlar a situação
- Primeiros Socorros

Situações de Emergência

- Por vezes, o desejo de ajudar alguém pode levar a ignorar os riscos inerentes à situação.
- Se não forem garantidas as condições de segurança antes de se abordar uma vítima, poderá, em casos extremos, ocorrer a morte da vítima e do reanimador.
- Sendo a segurança a primeira condição na abordagem da vítima, a mesma deve ser garantida antes de iniciar essa abordagem e **Suporte Básico de Vida**.

Acidentes de trânsito

- Proteção da vítima e de nós próprios — ligar as luzes de perigo (4 piscas) — estacionar o veículo fora da faixa de rodagem — desligar motor e luzes.
- Sinalizar o acidente — colete e triângulo refletor — prevenindo novas colisões e atropelamentos.
- Pedir ajuda.
- Primeiros socorros.

Acidentes de trânsito

Diagrama de primeiros socorros em acidentes de trânsito, mostrando a importância de garantir a segurança antes de prestar socorro.

Terramoto

Podem afetar muitas pessoas. Pessoas sofrem ferimentos e necessitam de primeiros socorros.

1. Proteção de queda de objetos — debaixo da mesa.
2. Risco de incêndio — desligar equipamento elétrico e não usar o elevador.
3. Pedir ajuda.
4. Primeiros socorros.



Afogamento

O afogamento é a principal causa de morte em crianças entre 1 e 4 anos.

Pode afogar-se em poucos centímetros de água (balde, piscina insuflável ou na banheira), por isso a melhor intervenção é a **prevenção**.

1. Retirar a vítima da água em segurança.
2. Pedir ajuda.
3. Primeiros socorros.



Queimaduras

A melhor intervenção é a **prevenção**.

1. Retirar a vítima da fonte de calor.
2. Lavar a queimadura com água corrente fria por pelo menos 10 minutos.
3. Avaliar a gravidade da queimadura e buscar assistência médica se necessário.



Queimaduras





Figura 20: Queimadura de 2º grau

Feridas




Figura 7: compressão manual direta



Figura 7: compressão manual direta

Feridas



Figura 9: Elevação de um membro (à esquerda);
Compressão indireta (à direita)

Emergências médicas



PPE
Profilaxia Pós-Exposição

Primeiros Socorros

- Assistência imediata prestada a uma pessoa doente ou ferida até que chegue ajuda profissional.
- Incluindo o apoio psicossocial a pessoa emocionalmente angustiada pela situação de emergência.
- O objetivo é preservar a vida, aliviar o sofrimento, prevenir novas doenças ou lesões e promover a recuperação.
- Ter educação em primeiros socorros contribui para a construção de comunidades mais seguras e saudáveis.

Primeiros Socorros

Prevenir
o agravamento da
vítima

Alertar
pedir ajuda
112

Socorrer
a vítima até à
chegada de
ajuda

Socorrer
até à chegada
de pessoa

- Desobstrução de via aérea.
- Controlo de feridas.
- Primeiros socorros psicológicos.
- Suporte básico de vida.



Afogamento

Primeiros Socorros

1. Consciente ou inconsciente.
 2. Respira.
 3. Pulso
 4. Colocar a barriga para baixo com a cabeça virada para um lado.
 5. Comprimir a caixa torácica 3-4 vezes para expulsar a água dos pulmões.
 6. Se não respira — **Suporte Básico de Vida**.
- Se respira — **Posição lateral de segurança.**



Engasgamento

- Obstrução das vias respiratórias por corpos estranhos que leva à falta de oxigénio no organismo.
- Alimentos mal mastigados ou objetos de pequenas dimensões.
- Sinais de agitação, ruídos respiratórios, tosse, tom de pele cianótica ou roxa, inconsciência e paragem cardiorrespiratória.



Engasgamento

Primeiros Socorros

1. Abrir a boca e tentar retirar o objeto ou a comida com o dedo indicador em forma de gancho, com cuidado de não empurrar.
2. Se não é visível, coloque a criança de cabeça para baixo e dê cinco pancadas no meio das costas.
3. Se criança maior ou adulto, coloque-se atrás e coloque o braço em volta da cintura, feche a mão em punho na altura do umbigo, cubra o punho com a outra mão e pressione para dentro e para cima até cinco vezes, repetindo quantas vezes for necessário.
4. Se a respiração não se restabelecer — **Suporte Básico de Vida**.



Manobra de Heimlich

Primeiros Socorros Psicológicos

- Algumas experiências e situações fora do comum são mais difíceis de lidar (descoberta de doenças terminais, um acidente de automóvel, a perda de um familiar, violência, desastres naturais e conflitos).
- Quando uma experiência se torna avassaladora, pode originar uma crise psicológica.
- Estes PSP podem auxiliar as pessoas a sentir-se calmas e apoiadas para enfrentarem os seus desafios e reduzir a sua experiência de angústia. Aborda tanto as necessidades emocionais como sociais dos indivíduos.



Primeiros Socorros Psicológicos

- É um método de abordar necessidades práticas, garantindo a segurança, promovendo a tranquilidade, a conexão, a esperança e a sensação de eficácia.
- Três princípios de ação: Observar, Ouvir e Ligar.



25

Primeiros Socorros Psicológicos



OBSERVAR o seguinte: informações sobre o que aconteceu ou está a acontecer. Quem precisa de ajuda? Segurança e riscos de segurança, lesões físicas, necessidades básicas e práticas imediatas, reações emocionais.



OUVIR refere-se a como o ajudante: aproxima-se de alguém, apresenta-se, presta atenção e escuta ativamente, aceita os sentimentos dos outros, acalma a pessoa em perigo, pergunta sobre necessidades e preocupações, ajuda a(s) pessoa(s) em perigo a encontrar soluções para as suas necessidades e problemas imediatos.



LIGAR é auxiliar as pessoas a: acessar informações, conectar-se com pessoas queridas e apoio social, resolver problemas práticos, acessar serviços e outras ajudas.

26

SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM ADULTOS

A Via Aérea "Airway"	• Liberar as Vias Aéreas • Elevar o Mentão (Queixo) • Tração da mandíbula
B Ventilação "Breathing"	• Avaliar a Respiração (Ver/Ouvir/Sentir) • Assegurar a ventilação
C Circulação "Circulation"	• Avaliar a Circulação, se existe pelo avaliado ao nível
D	• Avaliar o nível de Consciência
E	• Exposição da Vítima

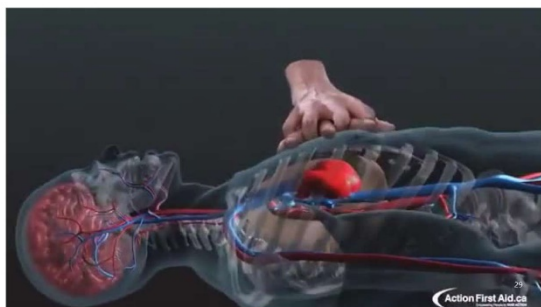
27

SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM ADULTOS

Procedimentos simples para fornecer oxigénio ao cérebro e ao coração.



28



29

**APRENDA A FAZER
A MASSAGEM
CARDÍACA**

30

SUPORTE BÁSICO DE VIDA EM CRIANÇAS

Condições de segurança

- Estado de consciência
- Permeabilizar a via aérea
- Ver, Ouvir e Sentir (10 seg.)
- 5 insuflações iniciais
- Ligar 112**
- SBV (15-2)

31



32

Conclusões

- Pedir ajuda.
- Proteção.
- Prevenção.

33

Referências



Apresentação realizada com: **Canva** **SLIDESGO**

34

Muito Obrigada.

35



Questionário de Avaliação da Sessão

A sua opinião é muito importante para nós. Por favor, preencha este questionário e envie-o para o endereço de e-mail abaixo. O questionário é anônimo e os dados serão utilizados apenas para fins estatísticos. Obrigado(a) por contribuir com a melhoria da nossa formação!

36

Apêndice N: Questionário de avaliação da sessão de consciencialização



Questionário de Avaliação da Sessão Consciencialização Violência Sexual contra a Mulher.

1. De modo geral, como avalia esta sessão?

	1	2	3	4	5	
Fraca	☐	☐	☐	☐	☐	Excelente

2. O conteúdo abordado foi relevante para a sua prática profissional?

	1	2	3	4	5	
Nada relevante	☐	☐	☐	☐	☐	Muito relevante

3. Considera que após esta sessão melhorou o seu conhecimento sobre a
violência sexual contra a mulher?

	1	2	3	4	5	
Não, continuo igual.	☐	☐	☐	☐	☐	Sim, adquiri conhecimentos úteis.

4. O tempo dedicado à sessão foi adequado?

☐ Sim, foi suficiente.

☐ Não, foi muito longa.

☐ Não, foi muito curta

5. A formadora apresentou os conteúdos de forma clara e objetiva?

1 2 3 4 5

Confuso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito clara

6. Indicaria esta sessão a outros profissionais de saúde? *

- ☐ Sim
- ☐ Talvez
- ☐ Não

7. O que mais gostou nesta sessão?

A sua resposta

8. O que poderia ser melhorado numa futura edição?

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Este formulário foi criado dentro de Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa.

Google Formulários

Apêndice O: Questionário de avaliação da sessão realizada na instituição social



Questionário de Avaliação da Sessão

██████████.

A sua opinião é muito importante! Este questionário pretende avaliar a qualidade da apresentação e da apresentadora na sessão sobre **Situações de emergência e primeiros socorros**.

O questionário é anónimo e demora uns minutos a preencher.

As suas respostas ajudarão a melhorar futuras formações.

Muito obrigado pela sua colaboração!

1. De um modo geral, como avalia esta sessão?

	1	2	3	4	5	
Fraca	☐	☐	☐	☐	☐	Excelente

2. O conteúdo apresentado foi útil para si?

- ☐ Sim, muito.
- ☐ Mais ou menos.
- ☐ Não, pouco útil.

3. A apresentação foi fácil de entender?

- ☐ Sim, completamente.
- ☐ Mais ou menos.
- ☐ Não, foi difícil de entender.

4. O tempo da sessão foi adequado?

- ☐ Sim, foi suficiente.
- ☐ Foi muito longa.
- ☐ Foi muito curta.

5. A apresentadora explicou os temas de forma clara?

- ☐ Sim, muito claro.
- ☐ Mais ou menos.
- ☐ Não, foi confuso.

6. Gostaria de participar em mais sessões?

- ☐ Sim.
- ☐ Talvez.
- ☐ Não.

7. O que mais gostou na sessão?

A sua resposta

8. O que poderia ser melhorado na apresentação?

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Este formulário foi criado dentro de Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa.

Google Formulários

Apêndice P: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no centro de saúde



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

Maria Fernández n.º 9231.
Supervisora Clínica: [REDACTED]
Supervisora Pedagógica: Maria Maceiras.
UCC [REDACTED] Abril 2025.



Questionário de Avaliação da Sessão
Consciencialização Violência Sexual contra a
Mulher.

Contexto

No âmbito do Ensino Clínico I na UCC [REDACTED] do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a aluna Maria Fernández, sob orientação clínica da EESMO [REDACTED] e orientação pedagógica da Professora Maria Maceiras, realizou duas sessões de consciencialização com o tema “Violência Sexual contra a Mulher” com a metodologia, conteúdos e objetivos descritos no seu respetivo plano de sessão.

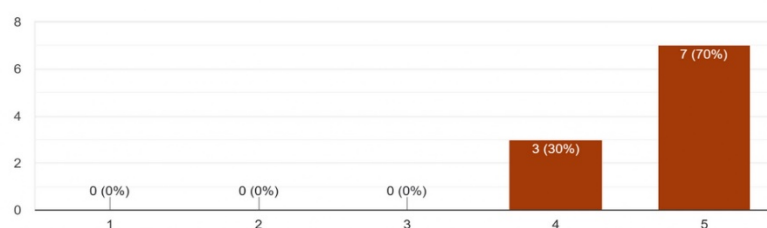
As duas sessões decorreram no dia 4 de abril de 2025, com duração de 30 minutos cada uma, sendo a primeira em formato 'online' (com a participação de 4 EESMOs) e a segunda em formato presencial na UCC [REDACTED] (com 7 profissionais de saúde). No total participaram 11 pessoas.

No fim das sessões, foi proporcionado um questionário de avaliação com o intuito de avaliar a qualidade da intervenção, a sua relevância e o impacto percebido, bem como identificar aspetos a melhorar para futuras sessões.

O questionário foi preenchido por 10 pessoas (taxa de resposta de 90,9%). A elevada taxa de resposta representa um elevado envolvimento dos participantes, valorizando as oportunidades de “feedback” o ambiente de confiança propício à expressão de opiniões.

Resultados

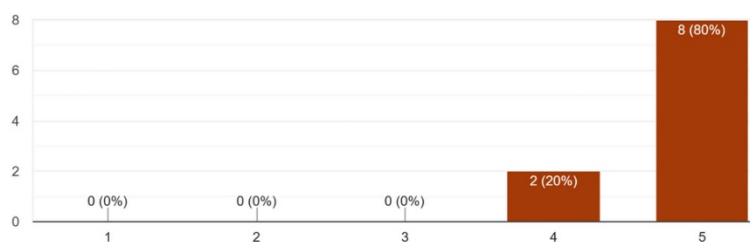
1. De um modo geral, como avalia esta sessão?
10 respostas



100% dos participantes a classificá-la entre “boa” e “excelente”, o que demonstra que **a sessão foi eficaz, pertinente e bem recebida.**

2. O conteúdo abordado foi relevante para a sua prática profissional?

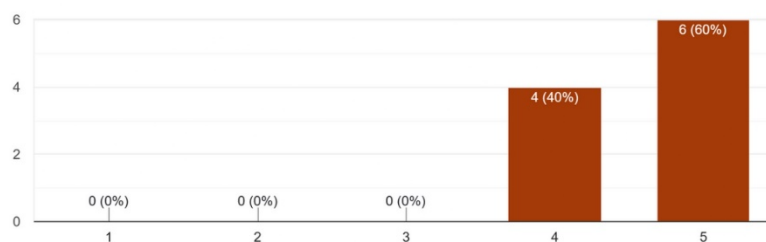
10 respostas



100% dos participantes consideraram o **conteúdo relevante ou muito relevante**, este resultado valida a escolha do tema e reforça a necessidade de incluir a temática da violência sexual contra a mulher na formação contínua dos profissionais de saúde.

3. Considera que após esta sessão melhorou o seu conhecimento sobre a violência sexual contra a mulher?

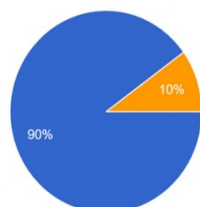
10 respostas



Todos os participantes referiram que a sessão **contribuiu para a aquisição de conhecimento**, o que reforça que a sessão foi eficaz na transmissão de informação, sensibilizando os profissionais para a complexidade da temática.

4. O tempo dedicado à sessão foi adequado?

10 respostas

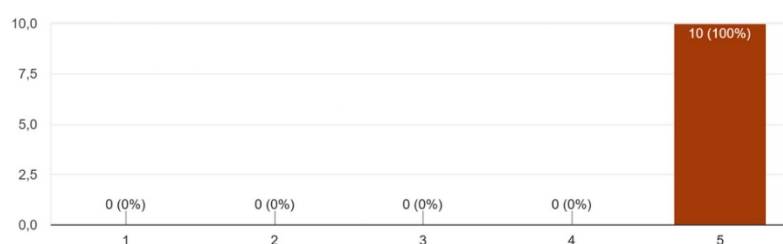


● Sim, foi suficiente.
● Não, foi muito longa.
● Não, foi muito curta

A maioria considera o tempo adequado e uma pessoa teve interesse maior no tema.

5. A formadora apresentou os conteúdos de forma clara e objetiva?

10 respostas



Este resultado reflete uma **excelente capacidade de comunicação e didática**, o que terá contribuído para a eficácia da sessão.

6. Indicaria esta sessão a outros profissionais de saúde?

10 respostas



● Sim
● Talvez
● Não

Este dado constitui um **reconhecimento da importância do tema e a metodologia da sessão**, digna de ser disseminada entre os pares.

7. O que mais gostou nesta sessão? 6 respostas

- *A ótima síntese*
- *Da estrutura da apresentação*
- *O tema*
- *Conteúdos abordados e pertinência para a prática*
- *Tema*

- *O domínio da formadora em relação ao tema*

Nas respostas abertas, os participantes destacaram como principais pontos positivos a **organização da apresentação, a pertinência do tema, bem como o domínio** demonstrado pela formadora, refletindo uma experiência formativa eficaz, profissional e útil para a prática clínica. A convergência entre “*feedback*” qualitativo e resultados quantitativos (clareza 100%, relevância 100%) reforça a validade dos dados obtidos

8. O que poderia ser melhorado numa futura edição? 4 respostas

- *Promover a interação ao longo da apresentação*
- *Mais tempo de partilha discussão de casos*
- *Maior duração.*
- *Slides com menos conteúdo*

Quanto às sugestões de melhoria, os participantes apontaram a necessidade de maior interação, através da partilha e discussão de casos, bem como o alargamento da duração da sessão e a simplificação dos “*slides*”. Estas observações indicam abertura para uma abordagem **mais participativa e dinâmica**, revelando espaço para aperfeiçoar a metodologia pedagógica em futuras sessões.

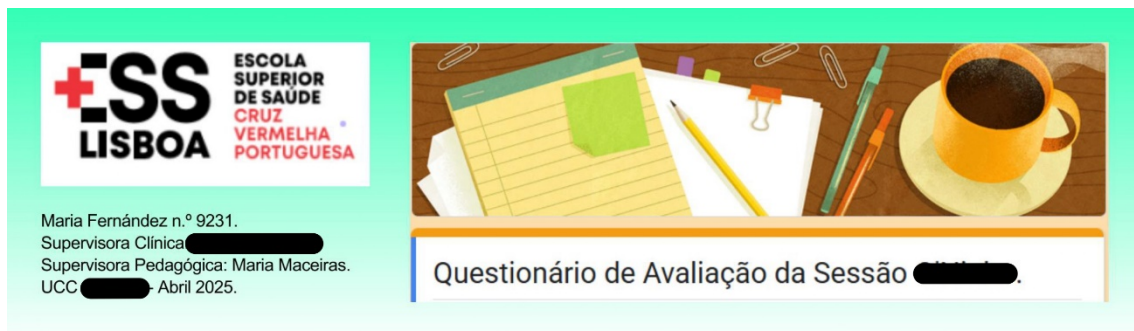
Conclusões

Os resultados do questionário demonstram **um elevado grau de satisfação** dos participantes, que valorizaram a clareza da apresentação, a **relevância do tema** e o domínio da formadora. Todos avaliaram a sessão de forma positiva, reconheceram a utilidade dos conteúdos para a prática profissional e referiram ter adquirido novos conhecimentos, resultados assumem particular significado no contexto da UCC [REDACTED] onde os profissionais mantêm contacto longitudinal com as mulheres ao longo do ciclo de vida.

A unanimidade na recomendação da sessão a outros profissionais reforça a sua pertinência formativa, enquanto as sugestões de melhoria (maior interação, mais tempo de discussão e slides mais concisos) indicam oportunidades de melhoria.

Em síntese, a intervenção atingiu os seus objetivos: sensibilizar, informar e capacitar os profissionais de saúde sobre a Violência Sexual Contra a Mulher, uma problemática sensível e frequentemente silenciada, revelando-se uma estratégia formativa bem-sucedida, com potencial de continuidade e replicação noutros estágios.

Apêndice Q: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada na instituição social



Contexto

No âmbito do Ensino Clínico I na UCC [redacted] do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a aluna Maria Fernández, sob orientação clínica da EESMO [redacted] orientação pedagógica da Professora Maria Maceiras, realizou uma sessão de educação para a saúde com o tema **“Situações de Emergência e Primeiros Socorros”** com a metodologia, conteúdos e objetivos descritos no seu respetivo plano de sessão.

Esta sessão decorreu no dia 03/04/2025, com uma duração total de 1 hora e teve lugar na instituição [redacted]: *“Instituição de solidariedade social que tem como objetivo a promoção humana e social das mulheres vítimas da prostituição”*. Participaram 13 pessoas, entre funcionários e mulheres acolhidas pela instituição.

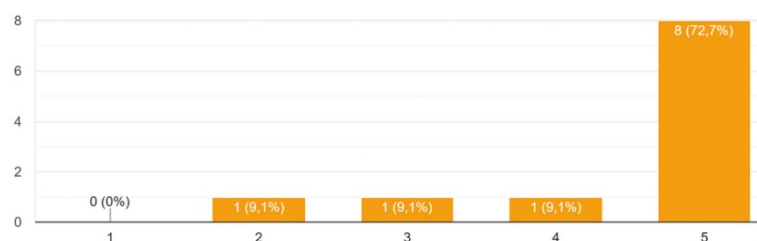
No fim da sessão, foi proporcionado um questionário de avaliação com o intuito de avaliar as diferentes dimensões da experiência formativa: relevância e pertinência do tema, a metodologia usada, a capacidade comunicativa e a satisfação global da sessão.

O questionário foi preenchido por 11 pessoas (taxa de resposta de 84,6%).

Resultados

1. De um modo geral, como avalia esta sessão?

11 respostas

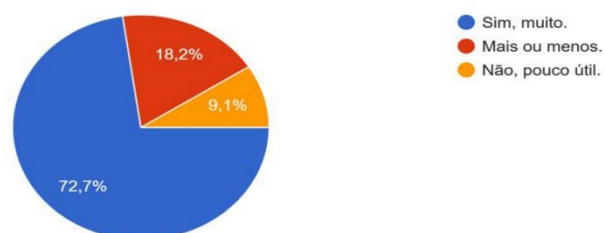


A avaliação global demonstrou elevada satisfação: 72,7% (n=8) atribuíram classificação máxima (5), e 18,2% (n=2) classificação 3-4, totalizando **90,9% de avaliações**

positivas. A única classificação baixa (2, correspondente a 9,1%) correlaciona-se diretamente com barreira linguística reportada posteriormente ("*não compreendo português*")

2. O conteúdo apresentado foi útil para si?

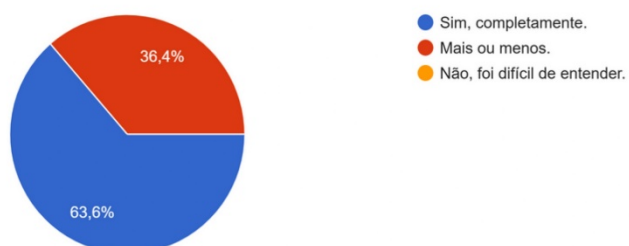
11 respostas



A maioria reconhece a relevância do conteúdo com 72,7%, a presença de 27,3% de respostas neutras ou negativas surge da expectativa de simulação com manequins e da barreira linguística posteriormente comunicadas.

3. A apresentação foi fácil de entender?

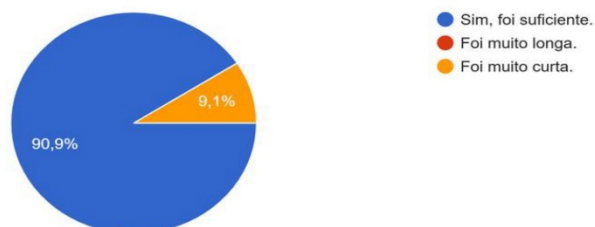
11 respostas



Nenhuma pessoa considerou a sessão "difícil de entender", no entanto, 36,4% achou a clareza apenas "mais ou menos", o que indica que **algum conteúdo não foi totalmente acessível** devido ao ritmo, complexidade, método de apresentação ou não adequado ao nível de compreensão dos participantes.

4. O tempo da sessão foi adequado?

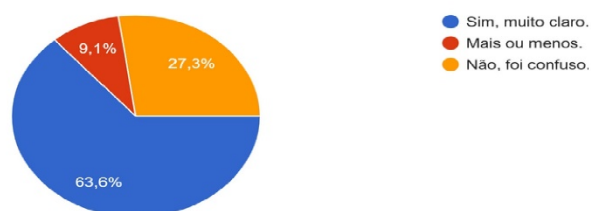
11 respostas



O tempo foi considerado **adequado pela maioria (90,9%)**. Uma pessoa achou a sessão curta o que pode sinalizar interesse por um maior aprofundamento do tema.

5. A apresentadora explicou os temas de forma clara?

11 respostas



27,3% (n=3) dos participantes consideraram as explicações dadas como confusas, indicando uma necessidade de melhoria na **adaptação da comunicação** ao contexto.

6. Gostaria de participar em mais sessões?

11 respostas



A resposta foi **altamente positiva (90,9%)**, mostrando abertura e interesse para futuras formações.

7. O que mais gostou na sessão? 9 respostas

- *Gostei da massagem cardíaca, a manobra de Heimlich, informação sobre o procedimento de queimaduras*
- *Como salvar um bebê*
- *A interação com o grupo*
- *Da explanação*
- *Temáticas pertinentes*
- *Health Issues*
- *Partilha de conhecimento*
- *Gostei de saber como socorrer uma pessoa em perigo*
- *Não compreendo bem português*

Verifica-se que as participantes valorizaram os conteúdos técnicos específicos e práticos, destacando-se referências diretas às técnicas de reanimação cardíaca, manobra de Heimlich, cuidados em queimaduras e procedimentos para "salvar um bebê", o que demonstra que a sessão conseguiu transmitir conhecimentos aplicáveis e relevantes para situações reais de emergência.

Algumas respostas evidenciam apreço pelos aspetos relacionais e pedagógicos da formação, como "a interação com o grupo" e "partilha de conhecimento", sugerindo que a metodologia participativa foi eficaz na criação de um ambiente de aprendizagem.

8. O que poderia ser melhorado na apresentação? 7 respostas

- *Falar mais devagar*
- *Que a apresentadora falasse mais devagar*
- *Esteve tudo ok*
- *I suggest you make provision for English language particularly because of me for clearer understanding*
- *Abordar mais emergências*
- *Nada, estava todo bem*
- *Não compreendo português*

A sugestão repetida para "falar mais devagar" emerge como a recomendação mais frequente, indicando que o ritmo de apresentação foi excessivamente acelerado para o nível de compreensão do grupo-alvo.

As duas respostas relacionadas com dificuldades linguísticas - "provision for English language" e "não compreendo português" - evidenciam que as barreiras idiomáticas constituíram um obstáculo significativo à compreensão da formação.

Conclusões

A sessão de educação para a saúde sobre "Situações de Emergência e Primeiros Socorros" realizada na instituição [REDACTED] demonstrou ser uma experiência formativa globalmente bem-sucedida, evidenciada pela elevada taxa de satisfação.

Os resultados obtidos confirmam a eficácia na transmissão de conhecimentos onde as participantes a valorizaram positivamente as práticas em reanimação cardiorrespiratória, manobra de Heimlich e cuidados em emergências, demonstrando que a sessão atingiu o seu objetivo principal.

Contudo, a análise dos dados revela áreas significativas de melhoria, especialmente no que se refere às capacidades comunicativas. A identificação de barreiras idiomáticas, evidencia que a comunicação prévia com a instituição para identificar as características das participantes não foi bem-sucedida. Paralelamente, a sugestão recorrente para "falar mais devagar" e a percepção de 36,4% das participantes como "mais ou menos clara" ou "confusa" a apresentação indica que o ritmo e complexidade da apresentação não foram totalmente adequados ao nível de literacia em saúde da população-alvo.

Esta experiência constituiu um importante contributo para o desenvolvimento de competências comunicativas e permitiu fortalecer as competências do enfermeiro especialista, nomeadamente na educação para a saúde, gestão de grupos heterogêneos e adaptação a contextos sociais específicos.

As aprendizagens decorrentes desta análise sustentam intervenções futuras mais ajustadas, salientando a importância de integrar, desde o planeamento, estratégias de inclusão linguística e cultural dirigidas a populações multiculturais e em situação de vulnerabilidade.

Apêndice R: Objetivos e atividades do ensino clínico IV

Ensino Clínico IV: Internamento de Grávidas.		
Objetivos do Plano de Estudos:		150 horas – 5 semanas
✓ Proporcionar cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica a mulher e pessoa significativa durante o internamento materno-fetal.		
Objetivos gerais do plano de projeto:	✓ Promover intervenções da EE-ESMO na consciencialização sobre a VSM.	
Objetivos Específicos:	Atividades	CrITÉrios de Avaliação
1. Apresentar o plano de projeto	✓ Apresentação pessoal.	P Apresentará um plano de atividades a desenvolver adaptado ao contexto e as necessidades do internamento de grávidas. P Realizará uma apresentação do plano de projeto e avaliará a apresentação com o questionário.
	✓ Conhece o espaço, a equipa multidisciplinar, os serviços e atividades que se desenvolvem no internamento de grávidas assim como as rotinas de trabalho.	
	✓ Partilha do plano de projeto com o Supervisor Clínico (SC).	
	✓ Conversa e planeamento com SC sobre a temática e as atividades a desenvolver.	
	P Adapta as atividades do plano de projeto ao contexto do internamento de grávidas e as recomendações do SC.	
	✓ Propõe sessões de apresentação deste plano de projeto para a equipa de saúde do internamento de grávidas	
	P Fomenta o debate sobre a VSM à equipa de saúde.	

2. Promover ações de prevenção da VSM	P Incentiva as intervenções da EE-ESMO na prevenção da VSM as grávidas internadas.	P Sensibilizará sobre a prevenção da VSM a uma mulher internada.
	P Promove relações igualitárias de género na futura responsabilidade parental a casais internados.	U Disponibilizará cartaz, folhetos ou póster informativos sobre prevenção da VSM adaptados à necessidade e ao contexto.
	P Procura oportunidades de atividades de prevenção da VSM durante o período do EC.	
3. Reconhecer os cuidados diretos da EE-ESMO perante a mulher vítima de VS	P Conversa informal com SC para tomar conhecimento dos protocolos estabelecidos no serviço perante a VSM.	U Preparará 1 sessão de Grupos de Discussão com EE-ESMOs.
	P Promove o debate sobre o atendimento e a responsabilidade da EE-ESMO perante a VSM.	P Disponibilizará póster informativos, fluxogramas sobre o atendimento a vítimas de VSM.
	P Fomenta os cuidados humanizados da EE-ESMO	
	P Identifica fatores de risco associadas a VSM nas grávidas internadas.	
	P Avalia a dinâmica familiar da mulher e pessoa significativa durante o internamento.	
	U Elabora um plano individualizado de intervenção para mulheres com fatores de risco ou vítimas de VSM.	
	U Proporciona suporte em primeira linha a vítimas de VSM.	
	P Disponibiliza informação sobre os protocolos de atendimento da VSM para equipa de saúde.	

4. Incentivar a colaboração com os serviços disponíveis para a VSM.	P Conversa informal com SC acerca serviços identificados no hospital para o atendimento e prevenção da VSM.	U Entrará em contacto com recursos disponíveis no hospital de apoio à vítima de VSM. U Favorecerá 1 atividade de colaboração entre a EPVA e o serviço.
	P Toma conhecimento dos recursos disponíveis no hospital.	
	P Provê informação complementar sobre outros serviços disponíveis.	
	P Colabora no encaminhamento de possível mulher.	
	P Incentiva a colaboração entre o internamento de grávidas e restantes serviços disponíveis no hospital	
Recursos	Supervisor Clínico –Mulheres/pessoas significativas internadas – Equipa EE-ESMO - plano de projeto - Espaço físico para realização de sessões de consciencialização sobre a VSM – Cadeiras – Projetor - Computador – Internet – –Telemóvel - Material Informativo – Supervisor Pedagógico.	

Apêndice S: Cronograma de atividades do ensino clínico IV

Ensino Clínico IV: Internamento de Grávidas: 129h - 4 semanas.							
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo	Comentários
28/04/2025 Incapacidade médica	29/04/2025 Incapacidade médica	30/04/2025 Incapacidade médica	01/05/2025 FERIADO	02/05/2025 Incapacidade médica	03/05/2025 Incapacidade médica	04/05/2025 Incapacidade médica	Sessão de consciencialização da VSM Apresentação serviço de UCIN: ajustar horários para maior carga horária. - Consultas de IVG (consulta após 3 dias de reflexão, IVG medicamentosa ou cirúrgica) - Consultas de gravidez (ABCF, manobra leopold ou CTG + ensinos). - Estudar CTG. - Reforçar ensinamentos na diabetes gestacional e na hipertensão gravídica. - Internamento (hospitalização por causa materna ou fetal + induções do trabalho de parto). - Explicar as grávidas o funcionamento da neonatologia. - Aplicação do novo protocolo de indução. - Reunião enfermagem sobre o novo protocolo. - Partilhar plano de sessão de consciencialização. - Desenvolver um fluxograma de atuação (integrar com um fluxograma sobre violência doméstica já existente). - Mudar as referências para escrita na apresentação
05/05/2025 Incapacidade médica	06/05/2025 Incapacidade médica	07/05/2025 Incapacidade médica	08/05/2025 Incapacidade médica	09/05/2025 Incapacidade médica	10/05/2025 Incapacidade médica	11/05/2025 Incapacidade médica	
12/05/2025 OT	13/05/2025 Incapacidade médica	14/05/2025 Incapacidade médica	15/05/2025 Incapacidade médica	16/05/2025 Incapacidade médica	17/05/2025	18/05/2025	
19/05/2025 8:00 - 17:00 Consulta IVG	20/05/2025 08:00 - 15:30 Consulta IVG	21/05/2025 08:00 - 15:30 Consulta Gravidez	22/05/2025 08:00 - 15:30 Consulta Gravidez	23/05/2025 08:00 - 15:30 Consulta Gravidez	24/05/2025	25/05/2025	
26/05/2025 08:00 - 15:30 Internamento	27/05/2025 08:00 - 15:30 Internamento	28/05/2025 08:00 - 15:30 Internamento	29/05/2025 08:00 - 15:30 Internamento	30/05/2025 08:00 - 15:30 Avaliação intermédia Internamento	31/05/2025	01/06/2025	
02/06/2025 08:00 - 15:30 Consulta Gravidez	03/06/2025 08:00 - 15:30 Consulta Gravidez	04/06/2025 PL	Fim do EC IV				
21/07/2025 08:00 - 15:30 Internamento novo protocolo	22/07/2025 08:00 - 15:30 Internamento	23/07/2025 08:00 - 15:30 Internamento	24/07/2025 08:00 - 15:30 Internamento sessão de consciencialização	25/07/2025 08:00 - 15:30 Avaliação final Internamento			

Apêndice T: *Collage* neonatologia e prematuridade



Ilustrações produzida com apoio de ferramenta de inteligência artificial

Apêndice U: Plano de sessão para o internamento de grávidas

SESSÃO

plano de

Data: 24/07/2025

Duração: 30 minutos

Lugar: Sala de reuniões no Internamento Materno-fetal no Piso ■ ULS ■

Título: Sessão Consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher.

Apresentação Aluna: Maria Fernández.
Supervisora Clínica: EESMO ■
Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.

Destinatários: Equipa de enfermagem do Internamento Materno-fetal do ULS ■
Maria (presencial e online).

Materiais necessários:

Sala de reuniões com cadeiras e mesa, projetor multimédia, computador com acesso à apresentação visual desenvolvida na plataforma Canva e canal digital para acesso remoto dos participantes a sessão.

Contexto:

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha, em Lisboa, na unidade curricular de Estágio Profissional com Relatório, durante o Ensino Clínico IV no internamento de grávidas.

Objetivos da sessão:

Promover a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a Violência Sexual contra a Mulher, abordando a contextualização do fenómeno, os cuidados de saúde necessários às vítimas e a importância da articulação com as redes de apoio.

Conteúdo da sessão:

1. Apresentação da formadora e contexto da sessão.
2. Objetivos da sessão de consciencialização.
3. Definição e tipos de violência.
4. Definição e subtipos de violência sexual.
5. Perfis sociodemográfico e fatores de risco da violência sexual.
6. Dados epidemiológicos da violência sexual.
7. Origem da violência contra a mulher.
8. Definição, estereótipos sociais e perfis comportamentais da violação.
9. Consequências físicas, psicológicas, sexuais, sociais e económicas.
10. Serviços de atendimento à vítima.
11. Prevenção da violência sexual contra a mulher.
12. A EESMO.
13. Fluxograma específico.
14. Conclusões.
15. Referências bibliográficas.
16. Espaço para o debate, reflexão, dúvidas.
17. Questionário de avaliação da sessão.

Metodologia Pedagógica:

A sessão seguirá uma abordagem expositivo-participativa. Iniciará com uma exposição através da qual a facilitadora apresentará os conteúdos informativos enquanto promove a participação informal.

Na fase final da sessão, será promovido um espaço de debate e reflexão coletiva, que permitirá aos participantes colocar dúvidas, partilhar perceções e refletir criticamente sobre o tema, favorecendo uma interação colaborativa.

Apêndice V: Apresentação realizada no internamento de grávidas



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

1º. Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

-Estágio Profissional com Relatório-

Violência Sexual contra a Mulher

Aluna Maria Fernández n.º 9231.
Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras,
Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ensino Clínico IV
Internamento Materno-Fetal



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

1 VIOLÊNCIA

- Violência sempre tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos.
- A Violência é um **grave problema de saúde pública** em todo o mundo.
- Não é razoável considerar a violência como uma parte inevitável da condição humana = **Legitimar a violência.**

(OMS 2002, OMS 2024) 3

1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

Diagrama Hierárquico:

- VIOLÊNCIA**
 - AUTOCONDIÇÃO**
 - atos suicidas
 - comportamentos
 - INTERPESSOAL**
 - família / parcerias íntimas
 - crimes
 - assédio sexual
 - estresse sexual
 - comunidade
 - conflitos
 - retaliação
 - COLETIVA**
 - social
 - política
 - econômica

Tabela de Tipos de Violência:

NATUREZA DA VIOLÊNCIA	FAMÍLIA	COMUNIDADE	TRABALHO	ESCOLA	ESPAÇO PÚBLICO	ESPAÇO PRIVADO	ESPAÇO PÚBLICO	ESPAÇO PRIVADO	ESPAÇO PÚBLICO	ESPAÇO PRIVADO
FÍSICA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SEXUAL	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PSICOLÓGICA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PRIVAÇÃO/NEGLEGÊNCIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

(OMS 2002) 4

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

Qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados, ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, perpetrados por qualquer pessoa contra outra independentemente da relação com a vítima, mediante coação, ameaça de dano ou força física em qualquer tipo de contexto.

 **QUALQUER ATO QUE "FORÇA" A INTIMIDADE SEXUAL DO OUTRO -**
"Contra a vontade — Sem Consentimento"

Incluindo situações em que a vítima não pode consentir devido à idade, doença, deficiência, ou por estar sob a influência de substâncias que alteram a consciência, como o álcool e as drogas.

(López 1999, OMS 2002, DGS 2016)

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL



Diagram illustrating types of sexual violence:

- Casamento forçado
- Stalking Sexual
- Grooming
- Exploração sexual
- Abuso sexual de crianças
- Mutilação genital feminina
- Assédio sexual
- Sexortion
- Violença sexual durante conflitos armados
- Gravidez Aborto forçado
- Violença sexual por não parceiro

(OMS 2002, DGS 2016, ACMV 2015, Anciles 2022)

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Diagrama de Tipos de Violência Sexual:

- Casamento forçado
- "Stalking Sexual"
- "Grooming"
- Exploração sexual

Atentam contra o direito à liberdade sexual, à autonomia, ao controle, à integridade e à segurança, bem como ao direito de sentir prazer e de ter uma vida sexual saudável, segura e satisfatória. (Instituto Europeu para a Igualdade de Gênero 2016)

Diagrama de Tipos de Violência Sexual (continuação):

- Violência sexual durante conflitos armados
- "Sexortion"
- Gravidez Aborto forçado
- Violência sexual por não parceiro

(OMS 2002; DGS 2016; ACMV 2015; AncSes 2020)

2 PERFIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Diagrama de Perfis da Violência Sexual:

- Pais, mães, cuidadores, familiares, parceiros íntimos, amigos, conhecidos ou estranhos.
- Qualquer pessoa
- Idade, etnia, sexo, gênero, orientação sexual, religião, profissão, nível social, cultural e/ou econômico.

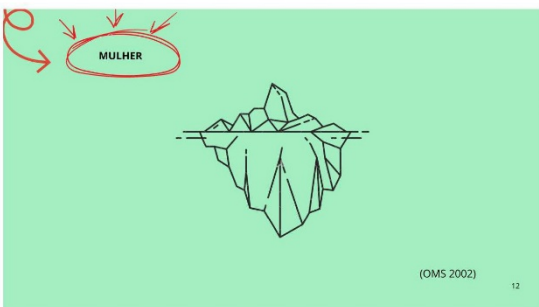
(DGS 2016, Figueiredo 2020) 3



MULHER

- A OMS estima que 1 em cada 3 m momento da sua vida.
- 6% das mulheres (15-49anos) reportaram ter sido vítimas de VS por um desconhecido.
- 1% das mulheres refere ter sofrido violação por não parceiros.
- De 45% a 75% das mulheres vítimas de violência física por parte dos parceiros, foram também vítimas de violência sexual.
- Em 2023, 91,9% das vítimas de violação eram mulheres.

(DGS 2016, RASI 2023, OMS 2018, OMS 2024) 11



MULHER

- Tema **tabu** (50 a 90% dos casos não são denunciados).
- Medo** de vingança, escândalo, humilhação, críticas ou exclusão social.
- Sentimento de **culpa** e **falta de conhecimento** sobre os seus direitos e os impactos da agressão na sua saúde.
- Dificuldade em **reconhecer** a sua experiência como abusiva.
- Ceticismo nas entidades policiais, da justiça e dos tribunais.
- Receios dos **custos** económicos dos processos judiciais.

(OMS 2002, Fonseca 2003, Figueiredo 2020, DGS 2016, Anciães 2022) 13



VIOLAÇÃO

- "qualquer ato de violência física ou psíquica, exercida contra a liberdade da outra pessoa, **obrigando-a a ter práticas sexuais** que não deseja, consigo ou com outrem. Entendendo como práticas sexuais, cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de parte do corpo ou objetos".
- Construção social persistente de que a violação só é perpetrada por agressão física violenta por um estranho numa rua escura à noite.
- Maior probabilidade de ser perpetrada por pessoas conhecidas, num contexto privado.

ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS CULTURAIS = CULPA DA MULHER = INVISIBILIDADE

(OMS 2002, Allen 2002, DGS 2016, Anciães 2022) 15

Quando a mulher diz "não" quer dizer "talvez" ou "sim"

A violação deixa sinais de força

O sexo é o p

Só algumas mulheres são vítimas de violação

A mulher sempre pode oferecer resistência

A violação é sempre denunciada a polícia

Os profissionais devem rever e questionar as suas próprias crenças sobre a VSM, não devem emitir julgamentos nem opiniões sobre a veracidade da agressão. (OMS 2003)

o impulso sexual.

O marido tem o direito de manter relações sexuais quando quiser

(Lopes 1999, Allen 2002, Anciães 2022) 16

VIOLAÇÃO



- Toleram mal a frustração, impulsivos e reagem facilmente.
- Exercem controle sobre a vida conjugal, chamado 'dever conjugal'.
- Gosto pela relação de domínio.
- Baixas competências sociais.
- Não tem uma motivação de cariz psicológico.
- Sem transtornos psicopáticos ou psicopáticos.

Desenvolver planos individualizados de avaliação do risco.

(OMS 2003)



- Envergonhadas, com baixa autoestima, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes, inseguras, com algum grau de depressão.
- Desempregadas, baixo nível socioeconómico e académico, vínculos familiares fracos e/ou história prévia de maus-tratos.

(Fonseca 2003, Anciães 2022)

LEGISLAÇÃO

- Pena de prisão de **um até seis anos**.
- A Violação é **crime semipúblico** (contra menores - morte ou suicídio da vítima).
- A vítima adulta tem um **período limitado de queixa**.
- A vítima menor de idade pode apresentar queixa.
- A gravidez resultante da violação pode ser inibida até às 10 semanas.

A enfermagem deve agir em conformidade com as normas legais, aderindo aos seus regulamentos, princípios éticos e deontologia profissional.

(CD 2015, Regulamento 2019)

(Código Penal 1976)

3 CONSEQUÊNCIAS



FÍSICAS



PSICOLÓGICAS



SEXUAIS



SOCIAIS



ECONÓMICAS

- Cada vítima reage e lida com o trauma de forma única.
- As circunstâncias da agressão são fatores que agravam as consequências.

(DGS 2016, Anciães 2022, OMS 2024)

4 ATENDIMENTO



Serviços de Saúde

Ministério de Saúde, SNS, hospitais e centros de saúde, entre outros.

Serviços Médico-legais

Regidos pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF).

Ministério Público e Entidades policiais

Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana e Polícia Judiciária.

Serviços de apoio à vítima

Associação de Mulheres contra a Violência (AMCV), Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) ou União Alternativa e Resposta de Mulheres (UMAR), entre outros.

(OMS 2003, DGS 2016)

4 ATENDIMENTO



- A **qualidade do apoio**: sem julgamentos, nem desacreditação, com a formação adequada dos profissionais.
- Minimiza as consequências negativas do trauma e previne a vitimização secundária.
- A **vitimização secundária** pode provocar sentimentos de culpa, vergonha e medo nas vítimas, sendo potencialmente tão ou mais impactante do que a vitimização primária.

(OMS 2003, DGS 2016, Da Silva 2017, Anciães 2022)

4 ATENDIMENTO



- A **VS é uma emergência médica** = prioritário.
- O **exame médico-legal é opcional**, deve ser providenciado num tempo útil de forma a assegurar as melhores condições de saúde da vítima e as melhores condições da recolha dos vestígios do crime.
- OMS recomenda que os serviços médico-legais e de saúde sejam integrados para minimizar a vitimização secundária.

(OMS 2003, OMS 2014, Figueiredo 2020, Anciães 2022)

4 ATENDIMENTO



VS

Prevenção

PPE

Vacina Hep B

Hépatite

Profilaxia IST

Gravidez

Recuperação

Tratamento VIH

Vacina Hep B

Tratamento IST

Aborto

Saúde Mental

(OMS 2003)

4 ATENDIMENTO NO INTERNAMENTO MATERNO - FETAL.



PROGRAMA NACIONAL

para a redução da

Violência Sexual

A vítima

aborda

grav

Existem conflitos familiares que a estejam a preocupar?

Tem tido problemas com o seu parceiro?

Sente-se segura na sua relação?

presentes situações como a depressão, tentativa de suicídio, síndrome de stress pós-traumático, ansiedade e atraso no início da vigilância da gravidez.

(DGS 2016)

144

4 ATENDIMENTO NO INTERNAMENTO MATERNO - FETAL.



Violência Sexual na Relação de Intimidade Grávida ou IVG após Violação.

- Identificar-se, explicar as nossas funções sempre disponível.
- Acolhimento ao serviço — propor
- Demonstrar empatia, sem julgamentos inadequados e desnecessários.
- Não pressionar a falar - É importante relate a situação de violência - avaliar
- Deve-se tomar cuidado com expressões
- Diga que acredita no relato — Agradeça a confiança — Isente de culpa.
- Esclareça dúvidas - Explique os procedimentos/encaminhamentos - rede de apoio individual e institucional.

O objetivo da intervenção difere daquele do modelo biomédico tradicional, não há uma resolução predefinida e padronizada. O plano imediato da mulher não envolve diretamente o fim da violência, possui necessidades anteriores a resolver. (OMS 2018)

CIG 2020 25

FLUXOGRAMA



26

4 ATENDIMENTO



Assistente Social

Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

Psicologia

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência
Tel. 21 380 21 65 - Email: cas@amcv.org.pt

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
Tel. 118 006 - Email: apoio@apav.pt

APF – Associação para o Planeamento da Família
Tel. 21 366 30 93 - Email: apoio@apf.pt

União CPQDES (grávidas não desatendidas)
107 200 240 (das 10h às 18h)

UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta
Tel. 21 294 21 88

Associação 10 Ninos
Tel. 213428049 / 963172383 / 911865269 - Email: geral@10ninos.pt

Associação LGA Portugal - Intervenção Litolica, Gai, Biscuit e Transgênero
Tel. 214873918 / 96361006 - Email: lga@lga.org

27

5 PREVENÇÃO

- A violência é evitável
- Abordar indivíduos, relações, comunidades e a
- É crucial o **empoderamento social e económico**
- A **educação em igualdade de género** deve iniciar-se desde cedo para evitarem reproduzir comportamentos e atitudes, eliminar preconceitos e papéis estereotipados de género e do sexo.

Os profissionais de saúde devem expandir o foco além do tratamento reparador para incluir estratégias preventivas que abordem as causas subjacentes. (OMS 2018)

(OMS 2002, OMS 2014, OMS 2018, Conselho de Europa 2011) 28

5 PREVENÇÃO

- Fornecer conhecimento sobre o todos os aspetos da VSM.
- Implementar **Programas de educação sexual**
- Redução dos comportamentos de risco.
- Fomento de experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas.

Estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover vivências positivas da sexualidade. (Competências Específicas 2019)

(OMS 2002, OMS 2014, OMS 2018, Conselho de Europa 2011) 29

6 A ENFERMEIRA/EESMO



- Competência científica, técnica e humana.
- Modelo de cuidados centrados na mulher = adequados às necessidades reais e individuais.
- Proporciona informação para escolhas informadas - empoderamento da mulher.
- Respeita a dignidade e autonomia da mulher.
- Dá resposta às necessidades no **âmbito da saúde sexual**.
- Outros países a enfermeira lidera a resposta na atenção.

(Barradas 2015, Competências Específicas EESMO 2019, Cerejeira 2022, Rodrigues 2023) 30

6 A EESMO/ ENFERMEIRA



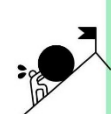
Profissional de saúde privilegiada para desenvolver e implementar planos de prevenção e cuidados perante a VSM.

Garantindo às mulheres o direito aos mais altos padrões de cuidados de enfermagem disponíveis.

31

6 CONCLUSÕES

- A VSM é uma realidade.
- Momento de maior vulnerabilidade da mulher.
- A enfermagem pode fazer a diferença.
- De vítima a sobrevivente.
- Ganhos em saúde.
- Atitude proativa = superar as barreiras.
- Cuidados Humanos.



32

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS




33

Gracias

Avaliação da apresentação →



34

Apêndice W: Fluxograma de atuação perante a violência sexual contra a mulher

Fluxograma de atuação da EESMO perante a violência sexual contra a mulher

1. Abordagem inicial

Momento do cuidado	Relação terapêutica	Empoderamento
Garantir ambiente seguro e privacidade	Escuta ativa · presença autêntica · sem julgamento	Proporcionar informação para promover autonomia e confiança

2. Identificação / rastreio

Fatores de risco	Sinais indiretos	Rastreio dirigido
Isolamento, dependência, vulnerabilidade social, situação socioeconómica	Irregularidade nos seus cuidados, sintomas inespecíficos, vínculo comprometido, sinais de controlo por parte do parceiro	<i>"Há alguma situação na sua relação ou em casa que a preocupe ou faça sentir medo?"</i>

3. A mulher revela situação de violência sexual?

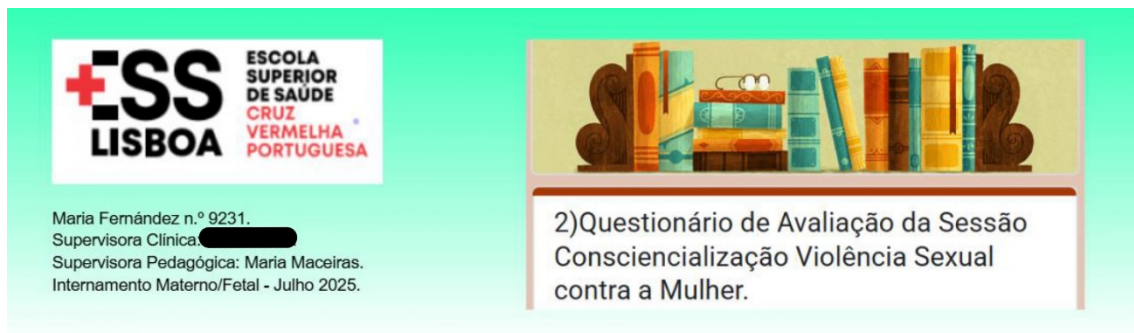
Avaliar segurança da mulher e bem-estar materno-fetal

Nega (sem sinais)	Nega (com sinais suspeitos)	Confirma situação
Sensibilizar sobre VSM	Não pressionar	Suporte em primeira linha — LIVES
	Informar e reforçar disponibilidade.	Avaliação clínica
	Plano individualizado de seguimento	Plano individualizado de atuação (≤ 72h)
	Abordagem multidisciplinar	Informar direitos, procedimentos e consentimento
		Abordagem multidisciplinar

Princípios transversais

Evitar vitimização secundária - Respeitar autonomia - Documentação objetiva

Apêndice X: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no internamento de grávidas



Contexto

No âmbito do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no decorrer do Ensino Clínico IV, no serviço de Internamento Materno-Fetal da ULS [REDACTED], a aluna Maria Fernández, sob orientação clínica da EESMO [REDACTED] e orientação pedagógica da Professora Maria Maceiras, realizou uma sessão de consciencialização com o tema **“Violência Sexual contra a Mulher”** com a metodologia, conteúdos e objetivos descritos no seu respetivo plano de sessão.

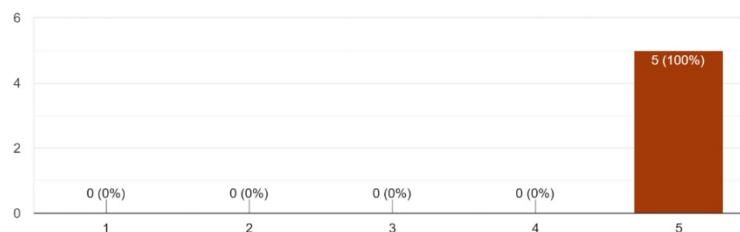
A sessão realizou-se no dia 24 de julho de 2025, com duração de 30 minutos em formato presencial na sala de reuniões do serviço, com retransmissão online. No total participaram 9 enfermeiros.

No fim das sessões, foi proporcionado um questionário de avaliação com o intuito de avaliar a qualidade da intervenção, a sua relevância e o impacto percebido, bem como identificar aspetos a melhorar para futuras sessões.

O questionário foi preenchido por 5 pessoas (taxa de resposta de 55,5%). Esta taxa moderada pode ser explicada pela necessidade de realizar a passagem de turno entre as enfermeiras imediatamente após a sessão, fator identificado como condicionante do preenchimento do questionário.

Resultados

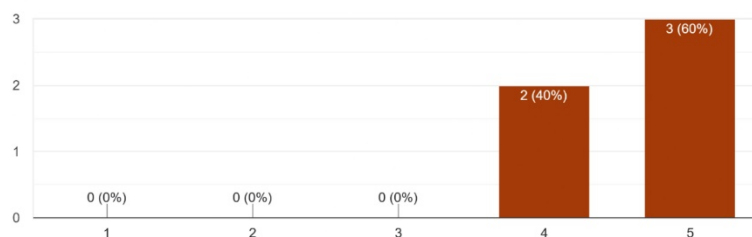
1. De modo geral, como avalia esta sessão?
5 respostas



100% dos participantes a classificam de “excelente”, o que demonstra que **a sessão foi eficaz, pertinente e bem recebida.**

2. O conteúdo abordado foi relevante para a sua prática profissional?

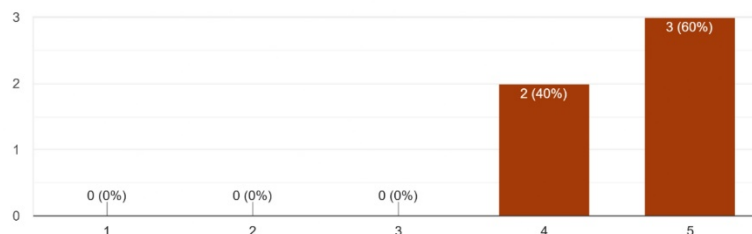
5 respostas



100% dos participantes consideraram o **conteúdo relevante ou muito relevante**, este resultado valida a escolha do tema e reforça a necessidade de incluir a temática da violência sexual contra a mulher na formação contínua dos profissionais de saúde.

3. Considera que após esta sessão melhorou o seu conhecimento sobre a violência sexual contra a mulher?

5 respostas



Todos os participantes referiram que a sessão **contribuiu para a aquisição de conhecimento**, o que reforça que a sessão foi eficaz na transmissão de informação, sensibilizando os profissionais para a complexidade da temática.

4. O tempo dedicado à sessão foi adequado?

5 respostas

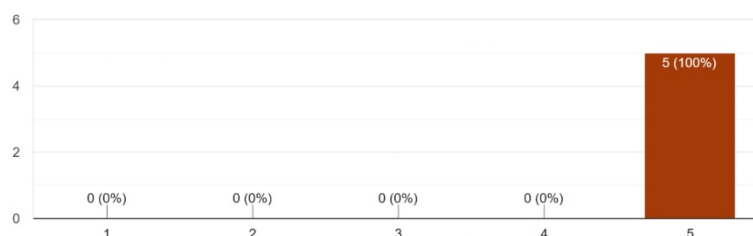


● Sim, foi suficiente.
● Não, foi muito longa.
● Não, foi muito curta

Todos os assistentes consideram o tempo da sessão suficiente, que evidenciam **excelente gestão temporal.**

5. A formadora apresentou os conteúdos de forma clara e objetiva?

5 respostas



Este resultado reflete uma **excelente capacidade de comunicação e didática**, o que terá contribuído para a eficácia da sessão.

6. Indicaria esta sessão a outros profissionais de saúde?

5 respostas



● Sim
● Talvez
● Não

Este dado constitui um **reconhecimento da importância do tema e a metodologia da sessão**, digna de ser disseminada entre os pares.

7. O que mais gostou nesta sessão? (3 respostas)

- *Linguagem clara e partilha de dados reais*
- *A objetividade e praticidade da formação*
- *Domínio do assunto por parte da formadora*

O reconhecimento do "domínio do assunto" indica que a credibilidade técnica foi estabelecida com sucesso, aspeto fundamental quando realiza uma sessão de formação. A menção à "objetividade e praticidade" sugere que conseguiu equilibrar o rigor científico com a aplicabilidade no contexto do serviço.

8. O que poderia ser melhorado numa futura edição? (1 resposta)

- Alguns slides do ppt que não se apresentaram como o suposto

Esta observação indica que a estratégia de criar slides modulares com informação mais detalhada que podem ser explorados conforme as questões dos participantes e o tempo disponível, não foi claramente explicada nem percebida pelo participante.

Conclusões

Os resultados confirmam que a sessão atingiu os seus objetivos, com 100% dos participantes a reconhecerem a relevância do conteúdo e a clareza da apresentação, enquanto 60% reportaram aquisição máxima de conhecimentos úteis para a prática profissional.

A valorização particular da competência técnica demonstrada, com destaque para o "domínio do assunto por parte da formadora" e a "linguagem clara e partilha de dados reais", indicando que a abordagem foi percebida como credível e aplicável. A única crítica relacionou-se com a densidade nos slides da apresentação, aspeto que é usada como uma estratégia pedagógica intencional embora possa ter criado confusão.

O conjunto de resultados obtidos nesta sessão formativa indicam a capacidade de identificar necessidades formativas, de planejar e implementar intervenções educativas baseadas em evidência, de avaliar sistematicamente os seus resultados, alinhando-se positivamente com os objetivos do mestrado e as exigências da prática avançada em enfermagem.

Apêndice Y: Objetivos e atividades do ensino clínico V

Ensino Clínico VI: Internamento de Puérperas		
Objetivos do Plano de Estudos:		150,5 horas – 5 semanas
Proporcionar cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica a mulher e pessoa significativa durante o internamento após parto. Proporcionar cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica ao recém-nascido.		
Objetivos gerais do plano de projeto:		✓ Promover intervenções da EE-ESMO na consciencialização sobre a VSM.
Objetivos Específicos:	Atividades	Critérios de Avaliação
1. Apresentar o plano de projeto	✓ Apresentação pessoal.	✓ Apresentará um plano de atividades a desenvolver adaptado ao contexto e as necessidades do Internamento de puérperas. ✓ Realizará uma apresentação do plano de projeto e avaliará a apresentação com o questionário de avaliação.
	✓ Conhece o espaço, a equipa multidisciplinar, os serviços e atividades que se desenvolvem no Internamento assim como as rotinas de trabalho.	
	✓ Partilha do plano de projeto com o SC.	
	✓ Conversa e planeamento com SC sobre a temática e as atividades a desenvolver.	
	✓ Adapta as atividades do plano de projeto ao contexto do Internamento e as recomendações do SC.	
	✓ Propõe sessões de apresentação deste plano de projeto para a equipa de saúde do Internamento.	
	✓ Fomenta o debate sobre a VSM à equipa de saúde.	

2. Promover ações de prevenção da VSM	✓ Propõe sessões de consciencialização para as EE-ESMOs abordando a informação recolhida neste plano de projeto.	✓ Sensibilizará sobre a prevenção da VSM a uma mulher no internamento de puerperas.
	✓ Promove relações igualitárias de género na responsabilidade parental a casais internados.	✓ Disponibilizará cartaz, folhetos ou póster informativos sobre a VSM adaptados à necessidade e ao contexto.
3. Reconhecer os cuidados diretos da EE-ESMO perante a mulher vítima de VS	✓ Conversa informal com SC para tomar conhecimento dos protocolos estabelecidos no serviço perante a VSM.	û Preparará 1 sessões de Grupos de Discussão com EE-ESMOs.
	✓ Debate sobre o atendimento e a responsabilidade da EE-ESMO perante a VSM.	û Disponibilizará póster informativos, fluxogramas sobre o atendimento a vítimas de VSM.
	✓ Fomenta os cuidados humanizados da EE-ESMO	
	✓ Avalia a dinâmica familiar da mulher e pessoa significativa durante o internamento pós-parto.	
	✓ Valora a adaptação a parentalidade e vinculação da tríade.	
	✓ Identifica fatores de risco associadas a VSM nas utentes beneficiárias do atendimento da EE-ESMO.	
	û Elabora um plano individualizado de intervenção para mulheres com fatores de risco ou vítimas de VSM.	
	û Proporciona suporte em primeira linha a vítimas de VSM.	

	✓ Disponibiliza informação sobre os protocolos de atendimento da VSM para equipa de saúde.	
4. Incentivar a colaboração com os serviços disponíveis para a VSM.	✓ Conversa informal com SC acerca serviços identificados no hospital para o atendimento e prevenção da VSM.	✓ Entrará em contacto com recursos disponíveis no hospital de apoio à vítima de VSM.
	✓ Tomar conhecimento dos recursos disponíveis no hospital.	
	✓ Provê informação complementária sobre outros serviços disponíveis.	
	✓ Colabora no encaminhamento de possível mulher.	
	✓ Incentiva a colaboração entre o internamento de puérperas e restantes serviços disponíveis no hospital.	
Recursos	Supervisor Clínico –Mulheres/pessoas significativas internadas – Equipa EE-ESMO - plano de projeto - Espaço físico para realização de sessões de consciencialização sobre a VSM – Cadeiras – Projetor - Computador – Internet – –Telemóvel - Material Informativo – Supervisor Pedagógico.	

Apêndice Z: Cronograma de atividades do ensino clínico V

Ensino Clínico VI: Internamento de Puérperas - Hospital Santa Maria: 150h - 5 semanas.							
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo	Comentários
		04/06/2025 PL	05/06/2025 08:00 - 16:00 Formação Violência Interpessoal	06/06/2025	07/06/2025	08/06/2025	→ Agendar avaliação intermédia. → Agendar avaliação final → Apresentar PIF a SC. → Reformular atividades e propostas. → Melhorar ensinios materno no momento da alta. → Validar check list alta → Reunião informal com assistente social. → Ajustar apresentação ao puerpério. → Sessão de consciencialização da VSM. → Reforçar o preenchimento do questionário de avaliação da sessão.
09/06/2025 8:00-15:30	10/06/2025 Feriado	11/06/2025	12/06/2025	13/06/2025 Feriado 22:30 - 08:30	14/06/2025	15/06/2025 22:30 - 08:30	
16/06/2025 OT	17/06/2025 08:00 - 15:30 Apresentar PIF a SC	18/06/2025 08:00 - 15:30	19/06/2025 Feriado 08:00 - 15:30 Reunião assistente social	20/06/2025 08:00 - 15:30	21/06/2025	22/06/2025	
23/06/2025 08:00 - 15:30 Avaliação intermédia	24/06/2025	25/06/2025	26/06/2025	27/06/2025	28/06/2025	29/06/2025	
30/06/2025 08:00 - 15:30 Reunião chefia de enfermagem	01/07/2025 08:00 - 15:30 Sessão VSM	02/07/2025	03/07/2025 22:30-8:30	04/07/2025 22:30-8:30	05/07/2025	06/07/2025	
07/07/2025 08:00-15:30	08/07/2025 08:00-15:30 Recordatório questionário da sessão	09/07/2025	10/07/2025 22:30-8:30	11/07/2025 22:30-8:30	12/07/2025	13/07/2025	
14/07/2025 OT	15/07/2025 08:00 - 15:30 Avaliação Final	16/07/2025					

Apêndice AA: Checklist alta do internamento de puerpério

Ensinos a Puérpera — Alta Hospitalar

Notas de campo ·

Involução uterina e lóquios

- ☐ Características normais dos lóquios — cor, quantidade, odor e evolução esperada
- ☐ Diminuição progressivamente — vermelho → rosa → castanho → amarelado, dura 4-6 semanas
- ☐ Sinais de alarme — lóquios de mau cheiro, febre, hemorragia abundante: >1 penso/hora e coágulos grandes

Períneo e sutura

- ☐ Higiene perineal — limpeza água e sabão neutro, secar bem
- ☐ Cuidados a sutura — sinais de infeção, observar vermelhidão, secreção e febre
- ☐ Alívio do desconforto — gelo, posicionamento, ibuprofeno e paracetamol

Aleitamento materno

- ☐ Posicionamento e pega correta
- ☐ Livre demanda — frequência e duração
- ☐ Sinais de boa transferência de leite
- ☐ Extração e conservação do leite
- ☐ Recursos de apoio — linha de apoio, consultora de lactação

Mama

- ☐ Ingurgitamento mamário — prevenção e tratamento
- ☐ Cuidados ao mamilo — higiene, lanolina, soutien adequado, sinais de mastite

Eliminação e mobilização

- ☐ Retoma da função intestinal — dieta, hidratação, prevenção de obstipação
- ☐ Exercícios do pavimento pélvico (Kegel)
- ☐ Repouso relativo e retoma gradual da atividade

Saúde mental

- ☐ Baby blues — o que é, quando esperar, como distinguir
- ☐ Sinais de depressão pós-parto — tristeza persistente, falta de vínculo
- ☐ Rede de suporte — parceiro, família
- ☐ Recursos disponíveis — psicologia, grupos de apoio

Sexualidade e contraceção

- ☐ Retoma da atividade sexual — conforto, desejo e consentimento como guia
- ☐ Contraceção compatível com aleitamento
- ☐ O aleitamento não garante proteção contraceptiva

Seguimento e consultas

- ☐ Consulta revisão puerpério — 6 semanas — centro de saúde
- ☐ Teste do pezinho

Sinais de alarme — recorrer ao serviço de urgência

- Febre > 38°C
- Hemorragia abundante ou odor fétido
- Dor abdominal intensa ou dor no peito
- Dificuldade respiratória
- Sinais de trombose — dor ou edema na perna



SNS 24 — 808 24 24 24

Apêndice AB: Plano de sessão para o internamento de puerpério

SESSÃO plano de	Data: 01/07/2025	Duração: 30 minutos
	Lugar: Sala de reuniões no Internamento Puerpério no Piso ■ ULS ■	
Título: Sessão Consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher.		
Apresentação Aluna: Maria Fernández. Supervisora Clínica: EESMO ■ Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.		Destinatários: Equipa de enfermagem do Internamento Puerpério do ULS ■
Materiais necessários: Sala de reuniões com cadeiras e mesa, projetor multimédia, computador com acesso à apresentação visual desenvolvida na plataforma Canva e canal digital para acesso remoto dos participantes a sessão.	Contexto: 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha, em Lisboa, na unidade curricular de Estágio Profissional com Relatório, durante o Ensino Clínico V no internamento de puerpério.	
Objetivos da sessão: Promover a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a Violência Sexual contra a Mulher, abordando a contextualização do fenómeno, os cuidados de saúde necessários às vítimas e a importância da articulação com as redes de apoio.		
Conteúdo da sessão: 1. Apresentação da formadora e contexto da sessão. 2. Objetivos da sessão de consciencialização. 3. Definição e tipos de violência. 4. Definição e subtipos de violência sexual. 5. Perfis sociodemográfico e fatores de risco da violência sexual. 6. Dados epidemiológicos da violência sexual. 7. Origem da violência contra a mulher. 8. Definição, estereótipos sociais e perfis comportamentais da violação. 9. Consequências físicas, psicológicas, sexuais, sociais e económicas. 10. Serviços de atendimento à vítima. 11. Prevenção da violência sexual contra a mulher. 12. A EESMO. 13. Conclusões. 14. Referências bibliográficas. 15. Espaço para o debate, reflexão, dúvidas. 16. Questionário de avaliação da sessão.		
Metodologia Pedagógica: A sessão seguirá uma abordagem expositivo-participativa. Iniciará com uma exposição através da qual a facilitadora apresentará os conteúdos informativos enquanto promove a participação informal. Na fase final da sessão, será promovido um espaço de debate e reflexão coletiva, que permitirá aos participantes colocar dúvidas, partilhar perceções e refletir criticamente sobre o tema, favorecendo uma interação colaborativa.		

Apêndice AC: Apresentação realizada no internamento de puerpério

2 PERFIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Pais, mães, cuidadores, familiares, parceiros íntimos, amigos, conhecidos ou estranhos.

Qualquer pessoa
Idade, etnia, sexo, gênero, orientação sexual, religião, profissão, nível social, cultural e/ou econômico.

(DGS 2016, Figueiredo 2020)

2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Fatores de risco

Crianças Adolescentes, Pessoas com deficiências físicas ou mentais, História de abuso prévio, Mulheres transexuais, Prostituição, Pobreza Educação, Consumo de drogas e álcool, Conflito armado Prisões.

(CE 2011, DGS 2016, OMS 2019, OMS 2024)

2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Fatores de risco

Crianças Adolescentes, Pessoas com deficiências físicas ou mentais, História de abuso prévio, Mulheres transexuais, Prostituição, Pobreza Educação, Consumo de drogas e álcool, Conflito armado Prisões.

MULHER

(OMS 2024)

2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Fatores de risco

Crianças Adolescentes, Pessoas com deficiências físicas ou mentais, História de abuso prévio, Mulheres transexuais, Prostituição, Pobreza Educação, Consumo de drogas e álcool, Conflito armado Prisões.

MULHER

A **mulher** é a entidade beneficiária de cuidados da EESMO. (OE 2019)

- A OMS estima que 1 em cada 3 momentos da sua vida.
- 6% das mulheres (15-49anos) reportaram ter sido vítimas de VS por um desconhecido.
- 1% das mulheres refere ter sofrido violação por não parceiros.
- De 45% a 75% das mulheres vítimas de violência física por parte dos parceiros, foram também vítimas de violência sexual.
- Em 2023, 91,9% das vítimas de violação eram mulheres.

(DGS 2016, RASI 2023, OMS 2018, OMS 2024)

2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Fatores de risco

Crianças Adolescentes, Pessoas com deficiências físicas ou mentais, História de abuso prévio, Mulheres transexuais, Prostituição, Pobreza Educação, Consumo de drogas e álcool, Conflito armado Prisões.

MULHER

(OMS 2002)

2 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Fatores de risco

Crianças Adolescentes, Pessoas com deficiências físicas ou mentais, História de abuso prévio, Mulheres transexuais, Prostituição, Pobreza Educação, Consumo de drogas e álcool, Conflito armado Prisões.

MULHER

- Tema **tabu** (50 a 90% dos casos não são denunciados).
- Medo** de vingança, escândalo, humilhação, críticas ou exclusão social.
- Pressão familiar, sentimento de **culpa** e falta de conhecimento sobre os seus direitos e os impactos da agressão na sua saúde.
- Dificuldade em reconhecer a sua experiência como abusiva.
- Ceticismo quanto à eficácia das entidades policiais, da justiça e dos tribunais.
- Receios em relação aos **custos** económicos dos processos judiciais.

(OMS 2002, Fonseca 2003, Figueiredo 2020, DGS 2016, Anciães 2022)

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência Sexual

Violência Doméstica, Mais Cruel - Desvaloriza o corpo e os valores femininos - Contra o mais íntimo - Sexualidade

Física, Psicológica, Sexual-VSRI, Económica, Sem contato, Com contato, VIOLAÇÃO

(Fonseca 2003, European Institute 2016, Comissão Europeia 2011)

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

Violência Sexual

Violência Doméstica, Mais Cruel - Desvaloriza o corpo e os valores femininos - Contra o mais íntimo - Sexualidade

Física, Psicológica, Sexual-VSRI, Económica, Sem contato, Com contato, VIOLAÇÃO

VIOLAÇÃO

- "qualquer ato de violência física ou psíquica, exercida contra a liberdade da outra pessoa, **obrigando-a a ter práticas sexuais** que não deseja, consigo ou com outrem. Entendendo como práticas sexuais, cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de parte do corpo ou objetos".
- Construção social persistente de que a violação só é perpetrada por agressão física violenta por um estranho numa rua escura à noite.
- Maior probabilidade de ser perpetrada por pessoas conhecidas, num contexto privado (~40% casos o agressor é conhecido).

ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS CULTURAIS = CULPA DA MULHER = INVISIBILIDADE

(OMS 2002, Allen 2002, DGS 2016, Anciães 2022)

Quando a mulher diz "não" quer dizer "talvez" ou "sim"

A violação deixa sinais de força

Só algumas mulheres são vítimas de violação

A mulher sempre pode oferecer resistência

A violação é sempre denunciada a polícia

O sexo é o p

Os profissionais devem rever e questionar as suas próprias crenças sobre a VSM, não devem emitir julgamentos nem opiniões sobre a veracidade da agressão. (OMS 2003)

O impulso sexual.

O marido tem o direito de manter relações sexuais quando quiser

(Lopes 1999, Allen 2002, Anciães 2022)

VIOLAÇÃO

- Toleram mal a frustração, impulsivos e reagem facilmente.
- Exercem controle sobre a vida e a sexualidade, chamado 'dever conjugal'.
- Gosto pela relação de domínio.
- Baixas competências sociais.
- Não tem uma motivação de cariz:
 - Sem transtornos psicopáticos ou psicóticos.
- Envergonhadas, com baixa autoestima, caladas, incapazes de reagir, conformadas, passivas, emocionalmente dependentes, inseguras, com algum grau de depressão.
- Desempregadas, baixo nível socioeconómico e académico, vínculos familiares fracos e/ou história prévia de maus-tratos.

Desenvolver planos individualizados de avaliação do risco. (OMS 2003)

(Fonseca 2003, Anciães 2022)

LEGISLAÇÃO

Código Penal Português

- crimes contra a Liberdade Sexual
 - Artigo 164.º - Violação
- crimes de Autodeterminação Sexual
 - Artigo 171.º - Abuso Sexual de crianças (-14 anos)
 - Artigo 173.º - Atos sexuais com adolescentes (de 14 a 16 anos)

19

LEGISLAÇÃO

- Pena de prisão de **um até seis anos**.
- Pode variar de três a dez anos de prisão = violência, ameaça grave, induzida a inconsciência ou incapacidade.
- A Violação é **crime semipúblico** (contra menores - morte ou suicídio da vítima).
- A vítima adulta tem um **período limitado de queixa**.
- A vítima menor de idade pode apresentar queixa.
- A gravidez resultante da violação pode ser inibida até às 10 semanas de gestação vs às 10 semanas.

(Código Penal 1995, DR 2007, DGS 2016, Lei 2015, Lei 2019)

A enfermagem deve agir em conformidade com as normas legais, aderindo aos seus regulamentos, princípios éticos e deontologia profissional. (CD 2015, DE 2019)

3 CONSEQUÊNCIAS

FÍSICAS **PSICOLÓGICAS** **SEXUAIS** **SOCIAIS** **ECONÓMICAS**

- Cada vítima reage e lida com o trauma de forma única.
- As circunstâncias da agressão são fatores que agravam as consequências.

(DGS 2016, Anciães 2022, OMS 2024)

FÍSICAS

- Lesões extragenitais.
- Trauma genital.
- Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).
- Hepatite B.
- Hepatite C.
- Gravidez indesejada.
- Aborto espontâneo.
- Outras doenças: dor crónica, fadiga, náuseas, cefaleias persistentes, vaginites, infeções urinárias e doença inflamatória pélvica.

(OMS 2003, DGS 2016, Anciães 2022)

PSICOLÓGICAS

- Experiência profundamente traumática que gera níveis elevados de stress que excede a capacidade da vítima de gerir as emoções envolvidas, ultrapassando as estratégias de adaptação.
- FASE AGUDA - período de desorganização:**
 - Paralisação - "freezing" pelo medo e stress intenso.
 - Choque, confusão, aturdição, desorganizada.
 - Sentimentos de medo, angústia, vergonha, raiva, impotência, baixa autoestima e culpa.
 - Sentimento de negação e irrealidade.
 - Comportamento de evasão.

23

PSICOLÓGICAS

LONGO PRAZO - Fase de reorganização: mal adaptativo:

- Distúrbios de ansiedade e medo: hipervigilância, tensão, medo e irritabilidade.
- Distúrbios de sono: insónias - "flashbacks".
- Sensação de solidão, transtorno do apetite, abuso de álcool e/ou drogas e tentativas ou ideias suicidas.
- Depressão: tristeza persistente, perda de interesse em atividades prazerosas e sentimentos de desesperança.
- Perturbações obsessivo-compulsivas, fobias e pânico.
- Perturbações de Stress Pós-Traumático.

(OMS 2003, DGS 2016, Anciães 2022)

24



SEXUAIS

- Sentimentos de Hostilidade.
- Comportamentos de evasão.
- Medo do contacto corporal.
- Disfunções sexuais: como v. desejo sexo, dificuldade na ereção, ejaculação precoce, dispareunia e podem chegar a problemas reprodutivos, como infertilidade.
- O parceiro da vítima também pode estar afetado sentindo-se culpado, impotente, com raiva, com disfunção erétil ou a inibição do desejo sexual.

Foco de atuação da EESMO é cuidar da mulher no âmbito da saúde sexual. (OE 2019)

(Fonseca 2003, OMS 2003 Da Silva 2017, Ancilões 2022)



SOCIAIS

- Redução na quantidade e qualidade das relações sociais e familiares.
- Isolamento social da vítima - ainda mais pronunciado quando o agressor faz parte do círculo íntimo.
- Posição de vulnerabilidade social.
- Julgamento social, rejeição pela família ou amigos, com riscos de perdas emocionais, sociais e económicas.

(OMS 2003, Fonseca 2003, CIG 2020)



ECONÓMICAS

- Períodos de desemprego, absentismo e de sofrer problemas de saúde que afetam o desempenho no trabalho.
- Têm mais problemas de saúde que levam a custos de cuidados de saúde.
- A nível geral: a provisão de tratamento, serviços de saúde mental, atendimento de emergência e respostas do sistema de justiça.
- A nível europeu, custo de 289 mil milhões de euros por ano.

(OMS 2014, Comissão Europeia 2022)

4 ATENDIMENTO



Serviços de Saúde	Ministério de Saúde, SNS, hospitais e centros de saúde, entre outros.
Serviços Médico-legais	Regidos pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF).
Ministério Público e Entidades policiais	Polícia de Segurança Pública, Guarda Nacional Republicana e Polícia Judiciária.
Serviços de apoio à vítima	Associação de Mulheres contra a Violência (AMCV), Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) ou União Alternativa e Resposta de Mulheres (UMAR), entre outros.

(OMS 2003, DGS 2016)

4 ATENDIMENTO



- **Sensibilidade de género** (EESMOs 96% - Enfermeiras 83%)
- A **qualidade do apoio**: sem julgamentos, nem desacreditação, com a formação adequada dos profissionais.
- Minimiza as consequências negativas do trauma e previne a vitimização secundária.
- A **vitimização secundária** pode provocar sentimentos de culpa, vergonha e medo nas vítimas, sendo potencialmente tão ou mais impactante do que a vitimização primária.

(OMS 2003, DGS 2016, Da Silva 2017, Ancilões 2022, OE 2024)

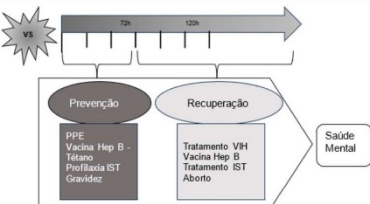
4 ATENDIMENTO



- A **VS é uma emergência médica** = prioritário.
- O **exame médico-legal é opcional**, deve ser providenciado num tempo útil de forma a assegurar as melhores condições de saúde da vítima e as melhores condições da recolha dos vestígios do crime.
- A OMS recomenda que os serviços médico-legais e de saúde sejam integrados para minimizar a vitimização secundária.

(OMS 2003, OMS 2014, Figueiredo 2020, Ancilões 2022)

4 ATENDIMENTO



(OMS 2003)

4 ATENDIMENTO



Suporte em primeira linha - LIVES	
Listening	Ouvir é a parte mais importante de uma boa comunicação e a base do suporte de primeira linha. Permite que a mulher tenha a oportunidade de expressar o que deseja num espaço seguro e privado, a uma pessoa empática que quer ajudar.
Assessing needs	Perguntar à mulher sobre as suas necessidades e preocupações é uma forma de compreender o que é mais importante para ela. É fundamental respeitar os seus desejos e responder às suas necessidades.
Validating	Validar as emoções, mostrar que a compreende e acredita nela, assegurar-lhe que ela não tem culpa.
Enhancing safety	Ajudar a mulher a avaliar a sua situação e a elaborar um plano para permanecer mais segura.
Supporting	Proporcionar as informações, serviços e redes de apoio social ou institucional benéficas para a sua circunstância.

(OMS 2014)

4 ATENDIMENTO





ORIENTAÇÃO

Graça Freitas

NÚMERO: 001/2022
DATA: 09/02/2022

ASSUNTO: Atuação em Situações de Violência em Adultos: Registo Clínico de Violência em Adultos - Registo de Saúde Eletrónico.

PALAVRAS-CHAVE: Registo Clínico de Violência em Adultos; Registo de Saúde Eletrónico; Atuação da Saúde em situações de violência interpessoal em pessoas adultas.

PARA: Profissionais de Saúde e todas as instituições de saúde.

CONTACTOS: Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida
pnprevul@dggs.min-saude.pt

4 ATENDIMENTO





VIOLÊNCIA INTERPESSOAL

34

4 ATENDIMENTO





Assistente Social

AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência
Tel. 21 380 21 65 - Email: ca@amcv.org.pt

Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
Tel. 21 386 30 93 - Email: apav@apav.pt

APF - Associação para o Planeamento da Família
Tel. 21 386 30 93 - Email: apf@apf.pt

União CPODES (União de CPODES) - Associação de Mulheres
Tel. 21 386 30 93 - Email: uniao@uniao.pt

Psicologia

Associação "O Menor"
Tel. 213428049 / 963172953 / 911865269 - Email: gema@o-menor.pt

Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero
Tel. 218873918 / 96361006 - Email: liga-portugal@liga.org

5 PREVENÇÃO

- A violência é evitável com **PREVENÇÃO**
- Abordar indivíduos, relações, comunidades e a
- Escolas, locais de trabalho, serviços de saúde, o governamentais, o sistema de justiça criminal e
- É crucial o **empoderamento social e económico**
- A **educação em igualdade de género** deve iniciar-se numa idade jovem, para evitarem reproduzir comportamentos e atitudes, eliminar preconceitos e papéis estereotipados de género e do sexo.

Os profissionais de saúde devem expandir o foco além do tratamento reparador para incluir estratégias preventivas que abordem as causas subjacentes. (OMS 2018)

(OMS 2002, OMS 2014, OMS 2018, Comissão Europeia 2011)

5 PREVENÇÃO

- Fornecer conhecimento sobre o todos os aspetos VSM.
- Implementar **Programas de educação sexual**
- Redução dos comportamentos de risco.
- Fomento de experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas.
- Papel fundamental dos profissionais responsáveis pela saúde sexual, ginecológica e reprodutiva.

Estabelecer e implementar programas de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover vivências positivas da sexualidade. (OE 2010)

(OMS 2002, OMS 2010, OMS 2014, Comissão Europeia 2011)

6 A EESMO

- Competência científica, técnica e humana.
- Habilidades para gerir e adaptar-se a contextos complexos e imprevisíveis.
- Modelo de cuidados centrados na mulher = adequados às necessidades reais e individuais.
- Proporciona informação para escolhas informadas - empoderamento da mulher.
- Respeita a dignidade e autonomia da mulher.
- Dá resposta às necessidades no **âmbito da saúde sexual**.
- Promove os melhores níveis de saúde no âmbito sexual.
- Detecta precocemente problemas na sexualidade.

(Barradas 2015, OE 2019, Cerejeira 2022, Rodrigues 2023)

6 A EESMO

ICM Essential Competencies for Midwifery Practice

2024

39

6 A EESMO

PubMed

Client satisfaction with n and domestic violence se

Perceived Care Quality Among Women Receiving Sexual Assault Nurse Examiner Care: Results from a Multisite

A scoping review of nursing interventions to reduce PTSD in adolescents who have been sexually abused

39

6 A EESMO



Profissional de saúde privilegiada para desenvolver e implementar planos de prevenção e cuidados perante a VSM.
Garantindo às mulheres o direito aos mais altos padrões de cuidados de enfermagem disponíveis.

41

6 CONCLUSÕES

- ✓ A VSM é uma realidade.
- ✓ Momento de maior vulnerabilidade da mulher.
- ✓ A enfermagem pode fazer a diferença.
- ✓ De vítima a sobrevivente.
- ✓ Ganhos em saúde.
- ✓ Atitude proativa = superar as barreiras.
- ✓ Cuidados Humanos.



42

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



43

Gracias

Avalliação da
apresentação



44

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
-Estágio Profissional com Relatório-

Violência Sexual contra a Mulher

Aluna Maria Fernández n.º 9231.
Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.
Supervisora Clínica: EESMO [REDACTED]

Ensino Clínico V
Internamento de Puérperas
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [REDACTED]

OBJETIVOS

Promover a consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher

Promover ações de identificação e prevenção da Violência Sexual

Reconhecer os cuidados necessários à mulher vítima de Violência Sexual

Incentivar a integração e referência com as redes de apoio à vítima

CONTEÚDO

- 1 Violência
- 2 Violência Sexual
- 3 Consequências
- 4 Serviços de Atendimento a Vítimas
- 5 Prevenção
- 6 EESMO
- 7 Conclusões
- 8 Referências Bibliográficas

1 VIOLÊNCIA

- Violência sempre tem acompanhado o pensamento e os comportamentos humanos.
- *Uso intencional da força física ou do poder — de forma real ou como uma ameaça — contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade.*
- Sob forma física, psicológica, sexual e/ou financeira.
- A Violência é um **grave problema de saúde pública** em todo o mundo.
- Não é razoável considerar a violência como uma parte inevitável da condição humana = **Legitimar a violência.** (OMS 2002, OMS 2024) ⁴

1 TIPOS DE VIOLÊNCIA

(OMS 2002) ⁵

2 VIOLÊNCIA SEXUAL

Qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados, ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, perpetrados por qualquer pessoa contra outra independentemente da relação com a vítima, mediante coação, ameaça de dano ou força física em qualquer tipo de contexto.

- QUALQUER ATO QUE "FORÇA" A INTIMIDADE SEXUAL DO OUTRO -
"Contra a vontade — Sem Consentimento"

Incluindo situações em que a vítima não pode consentir devido à idade, doença, deficiência, ou por estar sob a influência de substâncias que alteram a consciência, como o álcool e as drogas.

(López 1999, OMS 2002, DGS 2016) ⁶

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

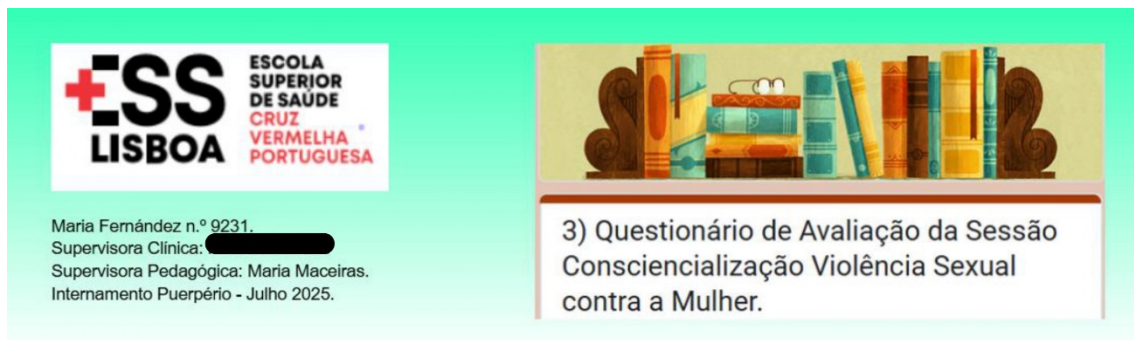
(OMS 2002, DGS 2016, ACMV 2015, Anciães 2022)

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Atentam contra o direito à liberdade sexual, à autonomia, ao controlo, à integridade e à segurança, bem como ao direito de sentir prazer e de ter uma vida sexual saudável, segura e satisfatória.
(Instituto Europeu para a Igualdade de Género 2016)

(OMS 2002, DGS 2016, ACMV 2015, Anciães 2022)

Apêndice AD: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no internamento de puérperas



Contexto

No âmbito do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no decorrer do Ensino Clínico V, no serviço de Internamento de Puerpério da ULS [REDACTED], a aluna Maria Fernández, sob orientação clínica da EESMO [REDACTED] e orientação pedagógica da Professora Maria Maceiras, realizou uma sessão de consciencialização com o tema **“Violência Sexual contra a Mulher”** com a metodologia, conteúdos e objetivos descritos no seu respetivo plano de sessão.

A sessão realizou-se no dia 1 de julho de 2025, com duração de 30 minutos em formato presencial na sala de reuniões do serviço, com retransmissão online. No total participaram 15 enfermeiras.

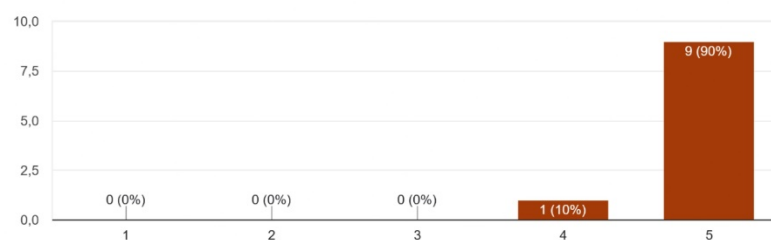
No fim das sessões, foi proporcionado um questionário de avaliação com o intuito de avaliar a qualidade da intervenção, a sua relevância e o impacto percebido, bem como identificar aspetos a melhorar para futuras sessões.

O questionário foi preenchido por 10 pessoas (taxa de resposta de 66,6%).

Resultados

1. De modo geral, como avalia esta sessão?

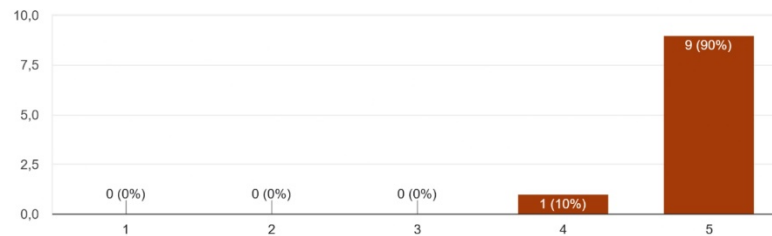
10 respostas



100% dos participantes a classificam de “muito boa” ou “excelente”, indicando consenso muito elevado sobre a qualidade positiva da sessão.

2. O conteúdo abordado foi relevante para a sua prática profissional?

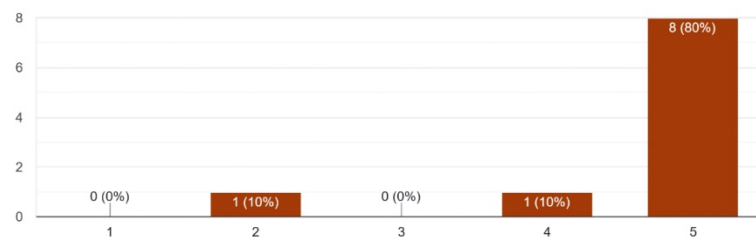
10 respostas



100% dos participantes consideraram o **conteúdo relevante ou muito relevante**, este resultado valida a escolha do tema e reforça a necessidade de incluir a temática da violência sexual contra a mulher na formação contínua dos profissionais de saúde.

3. Considera que após esta sessão melhorou o seu conhecimento sobre a violência sexual contra a mulher?

10 respostas



90% dos participantes referiram melhoria, enquanto 10% (n=1) consideraram a melhoria 'pouco' significativa. Esta resposta pode indicar conhecimento prévio elevado, expectativas não correspondidas quanto ao nível de aprofundamento, ou desalinhamento entre os conteúdos abordados e as necessidades específicas da participante.

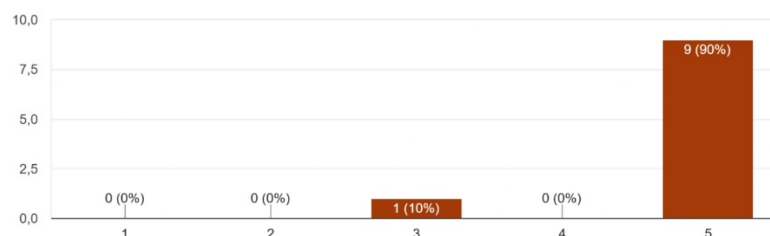
4. O tempo dedicado à sessão foi adequado?
10 respostas



● Sim, foi suficiente.
● Não, foi muito longa.
● Não, foi muito curta

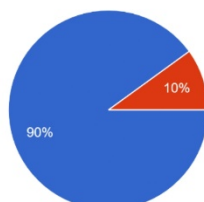
Todos os assistentes consideram o tempo da sessão suficiente, que evidenciam excelente gestão temporal.

5. A formadora apresentou os conteúdos de forma clara e objetiva?
10 respostas



Na clareza da apresentação, 90% atribuíram nota máxima, 10% nota de 3, indicando comunicação globalmente eficaz, mas com margem para otimização.

6. Indicaria esta sessão a outros profissionais de saúde?
10 respostas



● Sim
● Talvez
● Não

A distribuição revela 90% "Sim" e 10% "Talvez", demonstrando elevado grau de confiança na qualidade da formação para disseminação entre pares profissionais.

7. O que mais gostou nesta sessão? (3 respostas)

- *Facilidade de comunicação*
- *Da temática abordada*
- *A clareza e pertinência do tema*

A clareza comunicativa e relevância temática, sugerindo que a sessão conseguiu transmitir conteúdo complexo de forma acessível e pertinente para o contexto puerperal.

8. O que poderia ser melhorado numa futura edição? (2 resposta)

- 0
- Sem sugestões

A ausência de sugestões críticas pode indicar elevada satisfação global, mas também pode sugerir a necessidade de realizar métodos de avaliação que estimulem reflexão crítica indiretamente.

Conclusões

A sessão de "Conscientização Violência Sexual contra a Mulher" no contexto puerperal evidencia eficácia formativa. Os comentários centrados na "facilidade de comunicação" e "clareza e pertinência do tema" confirmam que conseguiu traduzir conhecimento com uma comunicação assertiva, potenciando as competências de disseminação de conhecimentos.

A presença de uma avaliação neutra na pergunta sobre relevância profissional e outra na aquisição de conhecimentos indica que nem todos os participantes perceberam impacto formativo significativo, sugerindo necessidade de maior atenção à diversidade de níveis de conhecimento prévio dos participantes, assim como a necessidade de maior clareza na definição dos objetivos da sessão, uma vez que algumas participantes apresentaram interesse insistente por questões relacionadas com a violência doméstica, que não constituía o foco central da formação.

Os resultados obtidos evidenciam os sucessos da sessão, mas apontam para a necessidade de maior precisão na comunicação dos objetivos e na avaliação dos participantes, assim como de métodos de avaliação alternativos eficazes para crescimento profissional contínuo.

Apêndice AE: Objetivos e atividades do ensino clínico VI

Ensino Clínico VI: Bloco de Partos		
Objetivos do Plano de Estudos:		524 horas – 19 semanas
Proporcionar cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica a mulher e pessoa significativa durante todos os estádios do trabalho de parto e parto, durante o parto eutócico e distócico, e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.		
Objetivos gerais do plano de projeto:	✓ Promover intervenções da EE-ESMO na consciencialização sobre a VSM.	
Objetivos Específicos:	Atividades	CrITÉrios de Avaliação
1. Apresentar o plano de projeto	✓ Apresentação pessoal.	✓ Apresentará um plano de atividades a desenvolver adaptado ao contexto e as necessidades do BP. ✓ Realizará uma apresentação do plano de projeto e avaliará a apresentação com o questionário de avaliação.
	✓ Conhece o espaço, a equipa multidisciplinar, os serviços e atividades que se desenvolvem no BP assim como as rotinas de trabalho.	
	✓ Partilha do plano de projeto com o Supervisor Clínico (SC).	
	✓ Conversa e planeamento com SC sobre a temática e as atividades a desenvolver.	
	✓ Adapta as atividades do plano de projeto ao contexto do BP e as recomendações do SC.	
	✓ Propõe sessões de apresentação deste plano de projeto para a equipa de saúde.	
	✓ Fomenta o debate sobre a VSM à equipa de saúde.	

2. Promover ações de prevenção da VSM	✓ Procura oportunidades de atividades de prevenção da VSM durante o período do EC.	✓ Sensibilizará sobre a prevenção da VSM a uma mulher nas urgências obstétricas. ✓ Disponibilizará cartaz, folhetos ou póster informativos sobre a VSM adaptados à necessidade e ao contexto.
3. Reconhecer os cuidados diretos da EE-ESMO perante a mulher vítima de VSM	✓ Conversa informal com SC para tomar conhecimento dos protocolos estabelecidos no serviço perante a VSM.	û Preparará 1 sessões de reflexão sobre VSM com EE-ESMOs.
	✓ Promove o debate sobre o atendimento e a responsabilidade da EE-ESMO perante a VSM.	✓ Disponibilizará póster informativos, fluxogramas sobre o atendimento a vítimas de VS.
	✓ Disponibiliza informação sobre os protocolos de atendimento da VSM para equipa de saúde.	û Colaborará no atendimento a vítima de VSM em base aos protocolos estabelecidos do serviço.
	✓ Fomenta os cuidados humanizados da EE-ESMO	
	✓ Identifica fatores de risco associadas a VSM nas utentes beneficiárias do atendimento da EE-ESMO.	
	✓ Avalia a dinâmica familiar da mulher e pessoa significativa no bloco de parto e urgência obstétrica.	
	✓ Pede participar no atendimento a possíveis vítimas de VSM que possam surgir na urgência obstétrica.	
	û Elabora um plano individualizado de intervenção para mulheres vítimas de VSM.	
	û Proporciona suporte em primeira linha a vítimas de VSM.	

4. Incentivar a colaboração com os serviços disponíveis para a VSM.	✓ Conversa informal com SC acerca serviços identificados no hospital para o atendimento e prevenção da VSM.	✓ Entrará em contacto com recursos disponíveis no hospital de apoio à vítima de VSM. ✓ Favorecerá 1 atividade de colaboração entre a EPVA e o serviço.
	✓ Toma conhecimento dos recursos disponíveis no hospital.	
	✓ Provê informação complementar sobre outros serviços disponíveis.	
	✓ Colabora no encaminhamento de possível mulher.	
	👤 Incentiva a colaboração entre a urgência obstétrica e restantes serviços disponíveis no hospital	
Recursos	Supervisor Clínico –Mulheres/pessoas significativas internadas – Equipa EE-ESMO - plano de projeto - Espaço físico para realização de sessões de consciencialização sobre a VSM – Cadeiras – Projetor - Computador – Internet – –Telemóvel - Material Informativo – Supervisor Pedagógico.	

Apêndice AF: Cronograma de atividades do ensino clínico VI

Ensino Clínico V: Bloco de Partos - 520h - 19 semanas							
Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo	Comentários
			18/09/2025 PL	19/09/2025 9:00-16:00	20/09/2025	21/09/2025	→Partilha plano de projeto com SC. →Discussão atividades do plano de projeto →Planificação do foco de abordagem por semanas: ▪Semana perineorrafia ▪Semana hipertensão ▪Semana diabetes ▪Semana ameaça de parto pré-termo ▪Semana parto distócico ▪Semana cesariana ▪Semana puerpério imediato ▪Semana urgências obstétricas/ginecológicas. →Protocolo de atuação VSM →Avaliação intermédia. →Proposta grupo de discussão →Reunião chefe de enfermagem →Criar base de dados do estágio
22/09/2025 22:30 - 08:30	23/09/2025	24/09/2025 08:00-15:30	25/09/2025	26/09/2025 08:00-15:30 Partilha plano de projeto com SC	27/09/2025	28/09/2025	
29/09/2025 Semanas perineorrafia	30/09/2025 15:00-23:00	01/10/2025 15:00-23:00	02/10/2025	03/10/2025 22:30 - 08:30 Discussão plano de projeto com SC	04/10/2025	05/10/2025 08:00 - 15:30	
06/10/2025 OT	07/10/2025 jornada mulher	08/10/2025 15:00-23:00	09/10/2025	10/10/2025 08:00 - 15:30	11/10/2025	12/10/2025 15:00 - 23:00	
13/10/2025 Semanas hipertensão	14/10/2025	15/10/2025	16/10/2025 22:30-8:30	17/10/2025 Greve	18/10/2025	19/10/2025	

20/10/2025 08:00-15:30	21/10/2025 08:00-15:30	22/10/2025	23/10/2025 15:00-23:00	24/10/2025	25/10/2025 15:00-23:00	26/10/2025	→Reforço manobras somersault →Proposta questionário informal →Plano de sessão →Cartaz da sessão →Sessão de consciencialização ajustada ao BP/urgência →Avaliação final
27/10/2025 OT jornada	28/10/2025 jornada	29/10/2025 22:30 - 08:30	30/10/2025 15:00 - 23:00 Reunião informal chefe	31/10/2025	01/11/2025 Feriado	02/11/2025 22:30 - 08:30	
03/11/2025 Semanas diabetes	04/11/2025 22:30 - 8:30	05/11/2025 8:00 - 15:30 Avaliação intermédia	06/11/2025 15:00 - 23:00	07/11/2025	08/11/2025	09/11/2025 22:30 - 08:30	
10/11/2025 15:00 - 23:00 Proposta questionário	11/11/2025 8:00 - 15:30	12/11/2025	13/11/2025 22:30 - 8:30	14/11/2025	15/11/2025 15:00 - 23:00	16/11/2025	
17/11/2025 OT Semanas ameaça	18/11/2025 22:30 - 8:30	19/11/2025 15:00 - 23:00	20/11/2025	21/11/2025	22/11/2025	23/11/2025	
24/11/2025	25/11/2025	26/11/2025 22:30 - 8:30	27/11/2025	28/11/2025	29/11/2025 8:00 - 15:30	30/11/2025 15:00-23:00	
01/12/2025 22:30-8:30 Semanas	02/12/2025	03/12/2025	04/12/2025	05/12/2025 15:00 - 23:00	06/12/2025 15:00 - 23:00 PARTO 40	07/12/2025	

parto distócico							
08/12/2025	09/12/2025 8:00 - 15:30	10/12/2025 15:00 - 23:00 base de dados	11/12/2025	12/12/2025 22:30-8:30	13/12/2025	14/12/2025 8:00 - 15:30	
15/12/2025 OT Semanas cesariana	16/12/2025	17/12/2025 22:30-8:30	18/12/2025	19/12/2025 8:00 - 15:30	20/12/2025 15:00 - 23:00	21/12/2025	
FERIAS DO NATAL							
05/01/2026	06/01/2026	07/01/2026 OT	08/01/2026 8:00 - 15:30 Plano de sessão	09/01/2026	10/01/2026	11/01/2026	
12/01/2026 Semanas puerpério imediato	13/01/2026 8:00 - 15:30	14/01/2026 15:00 - 23:00 Cartaz sessão	15/01/2026	16/01/2026	17/01/2026	18/01/2026 15:00 - 23:00	
19/01/2026	20/01/2026	21/01/2026 22:30-8:30	22/01/2026	23/01/2026 8:00 - 15:30	24/01/2026 15:00 - 23:00	25/01/2026	

26/01/2026 22:30-8:30 Semana urgência	27/01/2026	28/01/2026	29/01/2026 15:00 - 23:00 Sessão no BP	30/01/2026 8:00 - 15:30 Análise base de dados	31/01/2026	01/02/2026	
02/02/2026	03/02/2026 15:00 - 23:00 Avaliação final	04/02/2026	05/02/2026	06/02/2026	07/02/2026	08/02/2026 15:00 - 23:00	
09/02/2026	10/02/2026 22:30-8:00	11/02/2026	12/02/2026	13/02/2026	14/02/2026	15/02/2026	

Recursos Teóricos

Violência sexual: Violação

“Qualquer ato de violência física ou psíquica, exercido contra a liberdade de outra pessoa, obrigando-a a praticar atos sexuais (cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de partes do corpo ou objetos) que não deseja, consigo ou com outrem.”

- *Ser mulher (especialmente entre os 16 e os 24 anos) é um dos principais fatores de risco, maioritariamente em relações de intimidade.*
- *A gravidez pode desencadear ou agravar situações de violência.*
- *Suspeita: “A violência é um problema comum, com consequências para a saúde. Por isso, pergunto a todas as utentes se já foram vítimas de algum tipo de violência, para melhor poder ajudá-las.”*

Físicas: lesões, VIH/SIDA, hepatite, IST, gravidez não desejada, aborto, infertilidade, doença inflamatória pélvica e disfunções sexuais.

Psicológicas: culpa, raiva, vergonha, medo, ansiedade, tristeza profunda, confusão, baixa autoestima, perturbação de stress pós-traumático, de ansiedade, depressão, alimentares e do sono, abuso de substâncias e comportamentos suicidas.

Na gravidez: aborto espontâneo, hemorragia, atraso na vigilância pré-natal, parto pré-termo, feto com restrição de crescimento intrauterino e baixo peso à nascença.

Rotinas



TRIAGEM

- Avaliar instabilidade clínica.
- Garantir ambiente terapêutico (tradutor e acompanhante) e privacidade.
- Na PRIMEIRA RESPOSTA (LIVES), é importante ouvir sem interrupções, validar as informações, avaliar as necessidades físicas e psicológicas, reforçar a segurança e explicar as opções e procedimentos disponíveis.
- História mínima orientada (sem detalhes desnecessários).
- Se quiser denunciar: explicar preservação de vestígios.
- Proporcionar informação por escrito

Forçar a falar.

Questionar a veracidade do relato: Que fazia ali? Por que é que não gritou ou resistiu mais?.

Comunicação não verbal: expressão de choque, aversão ou surpresa.

Minimizar a situação.

Pressionar para a tomada de decisão.

26

Rotinas

TRIAGEM

Fármacos



Contraceção de emergência: pílula de levonorgestrel e pílula acetato de ulipristal

Profilaxia VIH: Tenofovir 300mg/Lamivudina 300mg 1comp/dia + Atazanavir 300mg/Ritonavir 100mg 1comp/dia durante 28 dias (informar efeitos adversos)

Profilaxia ITS: Ceftriaxona 250mg IM + Azitromizina 2gr PO dose única + Metronidazol 2gr PO dose única.

Vacinação: Hepatite B e tétanos, agendar próximas doses.

Exames Laboratoriais: Bioquímica, hemograma, serologias e teste de gravidez



26

Rotinas

Sala de
partos

- O trabalho de parto e parto podem ser momentos de **retraumatização** para mulheres com história de violência sexual.
 - Ansiedade intensa, pânico, choro, irritabilidade, raiva, hipervigilância, tensão constante e evasão.
 - Dissociação e flashbacks.
 - Recusa/angústia do toque vaginal, intolerância a determinadas posições.
 - Alterações fisiológicas de estresse: tremores, hiperventilação, náuseas, sudorese, taquicardia/hipertensão e dor inespecífica ou incontrolável.

“Modelo de cuidados informados pelo trauma”: *criar segurança física e emocional, controlo/empowerment e minimizar práticas que possam reativar trauma*

- Consentimento antes de qualquer procedimento.
- Explicar os procedimentos e dar controlo à mulher.
- Respeitar a privacidade e criar um espaço seguro.
- Escolha do acompanhante, profissional do sexo feminino, posição/exame mínimo necessário.
- Linguagem e comunicação adequadas.

Apêndice AH: Proposta formal para a sessão de reflexão

Pedido de Autorização para realização de Sessão de reflexão profissional da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica nos Cuidados Especializados à Mulheres vítimas de violência sexual.

Bom dia,

O meu nome é Maria Fernández, sou estudante do 1º. Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa.

Atualmente encontro-me a realizar o Estágio no Bloco de Partos da ULS [REDACTED], sob a supervisão pedagógica da Professora Maria Maceiras e supervisora clínica da EEESMO [REDACTED].

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, venho solicitar autorização para realizar uma Sessão de reflexão profissional com Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica do serviço sobre a Violência Sexual contra a Mulher.

Contexto:

A violência sexual contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública com impacto profundo na saúde física, mental e reprodutiva das vítimas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 1 em cada 3 mulheres relata ter sido sujeita a violência física e/ou sexual por parceiro íntimo e/ou a violência sexual por não parceiro ao longo da vida (OMS 2024).

Apesar do seu impacto na saúde e da prevalência, a literatura evidencia que os profissionais de saúde enfrentam múltiplas barreiras no cuidado a vítimas de violência sexual, desde a identificação e abordagem até limitações formativas e organizacionais (OMS 2010).

Neste panorama, a Enfermeira Especialista em Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) detém um mandato profissional particularmente relevante no domínio de competências na saúde e direitos sexuais e reprodutivos da mulher, ocupando uma posição privilegiada e única no sistema de saúde para a identificação, intervenção e prevenção da violência sexual (IMC 2014).

Face a este contexto, gostaria de realizar uma sessão de reflexão com EEESMOs com o **Objetivo Geral** de compreender as perceções e práticas das EEESMO relativamente aos cuidados prestados a mulheres vítimas de violência sexual.

Objetivos Específicos:

- Explorar o conceito da Violência sexual no contexto profissional
- Analisar o papel percebido e desempenhado pela EESMO na prevenção e intervenção.
- Identificar práticas, barreiras e facilitadores no cuidado especializado a vítimas de violência sexual.
- Identificar necessidades formativas para otimização da resposta profissional

Metodologia:

Para atingir estes objetivos, pretende-se realizar uma sessão de reflexão profissional, com uma amostra reduzida de quatro a seis EESMO(s), com uma duração estimada de 45 a 60 minutos, em data e hora a combinar.

Como critérios de inclusão, estabelece-se que os participantes exerçam funções nesta instituição e que adiram voluntariamente, mediante consentimento verbal.

A divulgação da sessão será assegurada através da afixação de um cartaz informativo no serviço, o qual incluirá um código QR que permitirá a inscrição voluntária dos interessados.

A sessão poderá realizar-se em modalidade presencial ou online, de acordo com a preferência e disponibilidade do serviço e dos participantes, garantindo-se em qualquer das situações um espaço seguro e confidencial, propício à partilha de experiências, perspetivas e ideias.

Guião orientador:

Após a apresentação e explicação da dinâmica do grupo focal, as questões abertas que geram a discussão seria:

1. Como conceptualiza a violência sexual contra a mulher no contexto da sua prática profissional?
2. Na sua opinião, qual é, ou deveria ser, o papel e responsabilidade da EESMO na violência sexual contra mulheres?
3. Com base na sua experiência profissional, como descreve a abordagem habitualmente realizada a mulheres vítimas de violência sexual? Quais as práticas que considera mais relevantes? (*salvaguardando o anonimato*)
4. Quais os principais facilitadores e barreiras — individuais, organizacionais ou sistémicas — que identifica no atendimento especializado a estas mulheres?
5. Na sua perspetiva, o que poderia ser melhorado — a nível individual, formativo ou organizacional — para potenciar a resposta da EESMO perante situações de violência sexual?

Resultados e Proteção de dados:

O registo da sessão de reflexão será realizado através de notas de campo e gravadora de áudio do telemóvel da moderadora, que serão eliminados assegurando a confidencialidade após apresentação do resultado.

As informações resultantes serão utilizadas exclusivamente para fins académicos no Relatório final e será apresentada de forma a garantir a confidencialidade dos dados pessoais e/ou clínico dos participantes e do serviço.

Os resultados obtidos serão partilhados com a coordenação de enfermagem do serviço, que poderão contribuir para uma melhoria na qualidade dos serviços prestados a vítimas de violência sexual, identificar as necessidades formativas e melhorar nos protocolos de atuação.

Recursos:

Moderadora e participantes, sala de reuniões privada com cadeiras ou endereço e-mail para sessão online em plataforma Microsoft teams, computador portátil com câmara e microfone, acesso a internet e material de apoio com o guia de orientação para a moderadora, caneta, bloco de notas e telemóvel.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada a este pedido,

Com os melhores cumprimentos,
Maria Fernandez

Apêndice AI: Questionário informal para enfermagem



Perguntas sobre a violência sexual contra a mulher

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Há quantos anos exerce funções como enfermeira? *

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ Entre 1 e 5 anos
- ☐ Mais de 5 anos
- ☐ Mais de 10 anos

2. Frequentou alguma ação de formação relacionada com a Violência Sexual? *
(Pode assinalar mais do que uma opção)

- ☐ Sim, no decorrer da licenciatura.
- ☐ Sim, no decorrer da especialidade.
- ☐ Sim, em contexto de formação contínua
- ☐ Não

3. Com que frequência se depara, na sua prática profissional, com situações suspeitas ou confirmadas de violência sexual? *

- ☐ Nunca
- ☐ Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Com muita frequência

4. Considera-se preparada, no exercício da sua profissão, para abordar a violência sexual contra a mulher? *

- ☐ Nada preparada
- ☐ Pouco preparada
- ☐ Relativamente preparada
- ☐ Bem preparada
- ☐ Totalmente preparada

Enviar

Limpar formulário

Apêndice AJ: Resultado do questionário informal para enfermagem



Os resultados obtidos no questionário assumem particular relevância enquanto diagnóstico do contexto profissional e formativo sobre a violência sexual contra a mulher neste ensino clínico VI.

Os dados recolhidos, junto de 22 enfermeiras, mostram que a maioria das participantes possui **experiência profissional significativa**, o que revela tratar-se de um grupo com percurso clínico consolidado.

Contudo, essa experiência não se traduz, em sentimento de preparação para abordar esta problemática. Pelo contrário, mais de metade das participantes refere **não ter formação específica** nesta área e a maioria considera-se **pouco preparada para intervenções** diretas.

Por outro lado, os resultados mostram também que esta realidade está **presente na prática** clínica, uma vez que uma parte significativa das participantes referem deparar-se, ainda que com frequência variável, com situações suspeitas ou confirmadas de violência sexual contra a mulher.

De forma global, estes dados reforçam a pertinência da temática, evidenciando a importância de investir na capacitação dos profissionais para uma abordagem mais segura, fundamentada e adequada.



Apêndice AK: Plano de sessão para o bloco de partos.

SESSÃO

plano de

Data: 29/01/2026

Duração: 40 minutos

Lugar: Quarto 9 do Bloco de Partos - Urgência de Obstetria e Ginecologia, ULS [REDACTED]

Título: Sessão Consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher.

Apresentação Aluna: Maria Fernández.

Supervisora Clínica: EESMO [REDACTED]

Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras.

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço (presencial + participação remota).

Materiais necessários:

Sala de reuniões com cadeiras, projetor multimédia, computador com acesso à apresentação visual na plataforma Canva e aplicação de videoconferência para acesso remoto dos participantes em linha.

Contexto:

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha, em Lisboa, na unidade curricular de Estágio Profissional com Relatório, durante o Ensino Clínico VI no Bloco de Partos.

Objetivos da sessão:

Promover a consciencialização da equipa de enfermagem sobre a Violência Sexual contra a Mulher, abordando a contextualização do fenómeno e os cuidados de saúde necessários às vítimas para intervir adequadamente no contexto do Bloco de Partos e Urgência de Obstetria e Ginecologia.

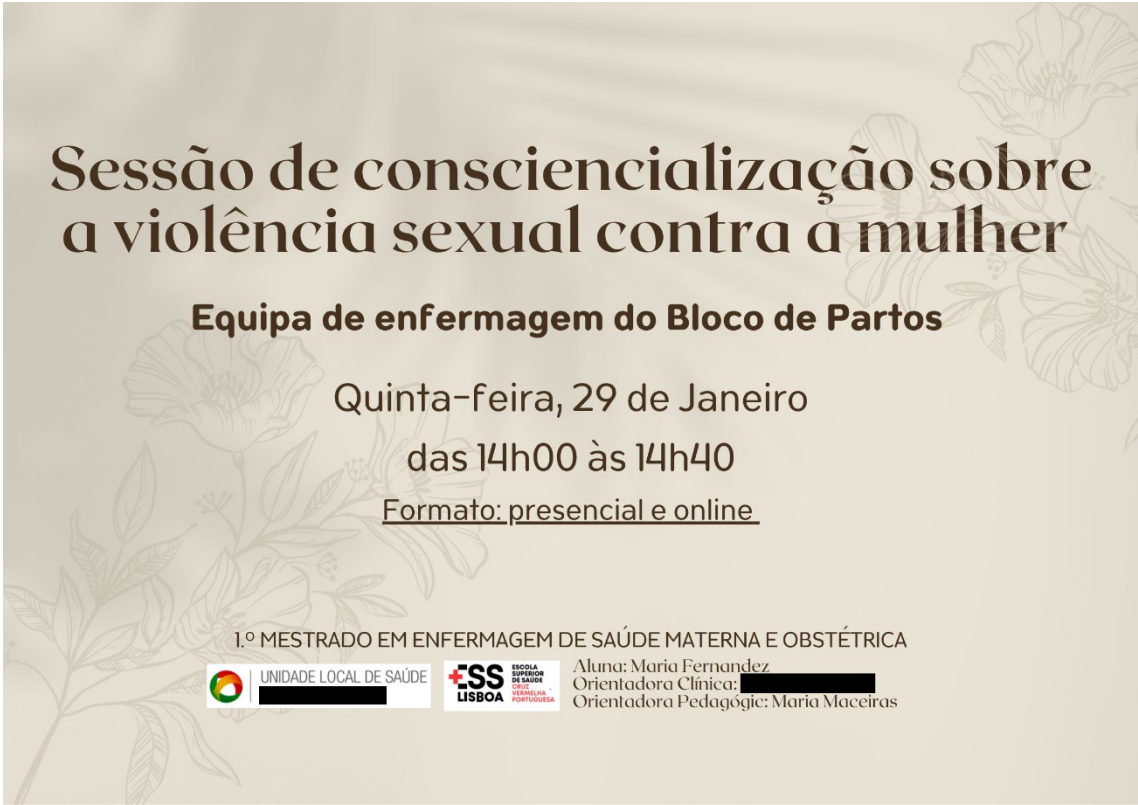
Conteúdo da sessão:

1. Apresentação da formadora e contexto da sessão.
2. Objetivos da sessão de consciencialização.
3. Definição e subtipos de violência sexual.
4. Perfis sociodemográficos e fatores de risco da violência sexual.
5. Dados epidemiológicos da violência sexual.
6. Etiologia da violência contra a mulher.
7. Definição e estereótipos sociais da violação.
8. Enquadramento legal.
9. Consequências físicas, psicológicas, sexuais, sociais e económicas.
10. Serviços de atendimento à vítima.
11. Competências da EESMO na violência sexual: triagem, sala de partos e prevenção.
12. Conclusões.
13. Referências bibliográficas.
14. Espaço para o debate, reflexão e dúvidas.
15. Questionário de avaliação da sessão.

Metodologia Pedagógica:

A sessão seguirá uma abordagem expositivo-participativa. Iniciará com uma exposição através da qual a facilitadora apresentará os conteúdos informativos enquanto promove a participação informal.

Na fase final da sessão, será promovido um espaço de debate e reflexão coletiva, que permitirá aos participantes colocar dúvidas, partilhar perceções e refletir criticamente sobre o tema, favorecendo uma interação colaborativa.



**Sessão de consciencialização sobre
a violência sexual contra a mulher**

Equipa de enfermagem do Bloco de Partos

Quinta-feira, 29 de Janeiro
das 14h00 às 14h40
Formato: presencial e online

1.º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

 UNIDADE LOCAL DE SAÚDE 

Aluna: Maria Fernandez
Orientadora Clínica: 
Orientadora Pedagógica: Maria Maceiras

Apêndice AM: Apresentação realizada no bloco de partos

ESS LISBOA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE "ESTERÓFILA" PORTUGUESA

1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
-Estágio Profissional com Relatório-

Violência Sexual contra a Mulher

Aluna Maria Fernández n.º 9231.
Supervisora Pedagógica: Professora Maria Maceiras,
Supervisora Clínica: EESMO [Redacted]

Ensino Clínico VI
Bloco de partos
Urgência de obstetria e ginecologia
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE [Redacted]

OBJETIVOS

Promover a consciencialização sobre a Violência Sexual contra a Mulher

- Contextualizar o tema
- Reconhecer os cuidados necessários à mulher vítima de Violência Sexual

1 VIOLÊNCIA SEXUAL

Qualquer ato ou tentativa de obter um ato sexual, comentários sexuais indesejados, ou atos dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa, perpetrados por qualquer pessoa contra outra, independentemente da relação com a vítima, mediante coação, ameaça de dano ou força física em qualquer tipo de contexto.

- QUALQUER ATO QUE "FORÇA" A INTIMIDADE SEXUAL DO OUTRO -
"Contra a vontade — Sem Consentimento"

Incluindo situações em que a vítima não pode consentir devido à idade, doença, deficiência, ou por estar sob a influência de substâncias que alteram a consciência, como o álcool e as drogas.

(López 1999, OMS 2002, DGS 2016)

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

(OMS 2002, DGS 2016, ACMV 2015, Anciães 2022)

2 TIPOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

Atentam contra o direito à liberdade sexual, à autonomia, ao controlo, à integridade e à segurança, bem como ao direito de sentir prazer e de ter uma vida sexual saudável, segura e satisfatória.
(Instituto Europeu para a Igualdade de Género 2016)

(OMS 2002, DGS 2016, ACMV 2015, Anciães 2022)

3 PERFIS DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Pais, mães, cuidadores, familiares, parceiros íntimos, amigos, conhecidos ou estranhos.

Qualquer pessoa
Idade, etnia, sexo, género, orientação sexual, religião, profissão, nível social, cultural e/ou económico.

(DGS 2016, Figueiredo 2020)

4 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

(CE 2011, DGS 2016, OMS 2019, OMS 2024)

4 FATORES DE RISCO DA VIOLÊNCIA SEXUAL

(CE 2011, DGS 2016, OMS 2019, OMS 2024)

MULHER

- A OMS estima que 1 em cada 3 m momento da sua vida (840 milhõe
- 6% das mulheres (15- 49 anos) reportaram ter sido vítimas de VS por um desconhecido (263 milhões de mulheres).
- Cerca de 6,4% das mulheres foram vítimas de VS.
- De 45% a 75% das mulheres vítimas de violência física por parte dos parceiros, foram também vítimas de violência sexual
- Em 2024, 92,1% das vítimas de violação eram mulheres.

(DGS 2016, RASI 2024, Carvalho 2025, OMS 2018, OMS 2025)

A **mulher** é a entidade beneficiária dos cuidados da EESMO. (OE 2019)

MULHER

(OMS 2002)

MULHER

- Tema **tabu** (50 a 90% dos casos não são denunciados).
- Medo**.
- Sentimento de **culpa**.
- Falta de conhecimento** sobre os seus direitos e os impactos da agressão na sua saúde.
- Ceticismo das entidades policiais, da justiça e dos tribunais.
- Receios dos **custos** económicos dos processos judiciais.

(OMS 2002, Fonseca 2003, Figueiredo 2020, DGS 2016, Anciães 2022)

5 VIOLÊNCIA SEXUAL

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Física

Psicológica

Sexual

Económica

Violência Doméstica

Violência Sexual

Mais Cruel - Desvaloriza o corpo e os valores femininos - Contra o mais íntimo - Sexualidade (Rodrigues 2023, Allen 2004)

Sem contato

Com contato

VIOLAÇÃO

(Fonseca 2003, Instituto Europeu 2016, Comissão Europeia 2011)

VIOLAÇÃO

“qualquer ato de violência física ou psíquica, exercida contra a liberdade da outra pessoa, **obrigando-a a ter práticas sexuais** que não deseja, consigo ou com outrem. Entendendo como práticas sexuais, cópula, coito anal, coito oral, atos de introdução vaginal, anal ou oral de parte do corpo ou objetos”.

ESTEREÓTIPOS E CRENÇAS CULTURAIS = CULPA DA MULHER = INVISIBILIDADE

- Por exemplo: a violação só é perpetrada por agressão física violenta por um estranho numa rua escura à noite.
- Maior probabilidade de ser perpetrada por pessoas conhecidas, num contexto privado (~40% casos o agressor é conhecido).

(OMS 2002, Allen 2002, DGS 2016, Anciães 2022)

Quando a mulher diz “não” quer dizer “talvez” ou “sim”

A violação deixa sinais de força

O sexo é o p

Só algumas mulheres são vítimas de violação

A mulher sempre pode oferecer resistência

A violação é sempre denunciada à polícia

Os profissionais devem rever e questionar as suas próprias crenças sobre a VSM, não devem emitir julgamentos nem opiniões sobre a veracidade da agressão. (OMS 2003)

o impulso sexual.

O marido tem o direito de manter relações sexuais quando quiser

(Lopes 1999, Allen 2002, Anciães 2022)

6 LEGISLAÇÃO

Código Penal Português

crimes contra a Liberdade Sexual

Artigo 164.º - Violação

crimes de Autodeterminação Sexual

Artigo 171.º - Abuso Sexual de crianças (-14 anos)

Artigo 173.º - Atos sexuais com adolescentes (de 14 a 16 anos)

15

6 LEGISLAÇÃO

- Pena de prisão de **um até seis anos**.
- Pode variar de três a dez anos de prisão = violência, ameaça grave, induzida à inconsciência ou incapacidade.
- A Violação é **crime semipúblico** (contra menores
- A vítima adulta tem um **período limitado de 6 m**
- A vítima menor de idade pode apresentar queixa
- A gravidez resultante da violação pode ser **interro** gestação vs às 10 semanas na IVG.

A enfermagem deve agir em conformidade com as normas legais, aderindo aos seus regulamentos, princípios éticos e deontologia profissional. 16 (CD 2015, OE 2019)

(Código Penal 1995, DR 2007, DGS 2

6 LEGISLAÇÃO



17

7 CONSEQUÊNCIAS



- Cada vítima reage e lida com o trauma de forma **ÚNICA**.
- As circunstâncias da agressão são fatores que agravam as consequências.

(DGS 2016, Anciães 2022, OMS 2024) 18



FÍSICAS

- Lesões.
- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).
- Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).
- Hepatite B - Hepatite C.
- Gravidez indesejada.
- Aborto espontâneo.
- Outras doenças: dor crónica, fadiga, náuseas, cefaleias persistentes, vaginites, infeções urinárias e doença inflamatória pélvica.

(OMS 2003, DGS 2016, Anciães 2022) 19



PSICOLÓGICAS

- Experiência profundamente traumática que gera um nível elevado de stress que excede a capacidade da vítima de gerir as emoções, ultrapassando as estratégias de adaptação.
- **FASE AGUDA - período de desorganização:**
 - Paralisção - "freezing".
 - Choque, confusão, aturrida, desorganizada.
 - Sentimentos de medo, angústia, vergonha, raiva, impotência, baixa autoestima e culpa.
 - Sentimento de negação e irreabilidade.
 - Comportamento de evasão.

20



PSICOLÓGICAS

LONGO PRAZO - Fase de reorganização: mal adaptativo:

- Distúrbios de ansiedade.
- Distúrbios de sono: insónias - "flashbacks".
- Abuso de álcool e/ou drogas.
- Tentativas ou ideias suicidas.
- Depressão
- Perturbações obsessivo-compulsivas, fobias e pânico.
- Perturbações de Stress Pós-Traumático.

(OMS 2003, DGS 2016, Anciães 2022) 21



SEXUAIS

- Sentimentos de Hostilidade
- Comportamentos de evasão
- Medo do contacto corporal
- Disfunções sexuais: como v
- desejo sexo, dificuldade na
- dispareunia e podem chegar a problemas reprodutivos, como infertilidade.
- O parceiro da vítima também pode estar afetado.

Foco de atuação da EESMO é cuidar da mulher no âmbito da saúde sexual. (OE 2019)

(Fonseca 2003, OMS 2003 Da Silva 2017, Anciães 2022) 22



SOCIAIS

- Relações sociais e familiares.
- Isolamento social da vítima.
- Posição de vulnerabilidade social.
- Julgamento social, rejeição pela família ou amigos, com riscos de perdas emocionais, sociais e económicas.

(OMS 2003, Fonseca 2003, CIG 2020) 23



ECONÓMICAS

- Problemas de saúde: custos de cuidados de saúde.
- Períodos de absentismo laboral ou desemprego.
- A nível geral: a provisão de tratamento, serviços de saúde mental, atendimento de emergência e respostas do sistema de justiça.
- A nível europeu, custo de 289 mil milhões de euros por ano.

(OMS 2014, Comissão Europeia 2022) 24

8 ATENDIMENTO

Assistente Social

Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto

Psicologia

Consulta de Infecologia PrEP / Hospital de Dia de Doenças Infecciosas

AMCV – Associação de Mulheres Contra a Violência
Tel. 21 380 21 65 - Email: ca@amcv.org.pt

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
Tel. + 351 200 000 000 - Email: apoio@apav.pt

APF – Associação para o Planeamento da Família
Tel. 21 380 39 93 - Email: apf@apf.pt

Linha DAPDES (gratuito não desatado)
707 200 200 (das 9h às 19h30h de 15/03h de 15/03h)

USMAR – União de Mulheres Alternativas e Resposta
Tel.: 21 254 21 68

Associação “O Nêcho”
Tel. 213428949 / 963172893 / 911862266 - Email: geral@onencho.pt

Associação ILGA Portugal - Intervenção Lésbica, Gay, Bissexual e Transgénero
Tel. 218873918 / 963057005 - Email: ilga-portugal@ilga.org

9 ENFERMAGEM NA SALA DE PARTOS

O trabalho de parto/parto pode ser um momento de **retraumatização** para mulheres com história de violência sexual.

- Exposição corporal e exames vaginais
- Sensação de perda de controlo
- Dor intensa
- Ambiente desconhecido com múltiplos profissionais
- Posições de vulnerabilidade
- A memória do trauma pode ser ativada pelos sentidos ou emoções.

CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS (Hanson 2024)

9 ENFERMAGEM NA SALA DE PARTOS

“Trauma-informed Model of care” :

- Preparar e informar a parturiente do funcionamento da unidade. Explicar os procedimentos e dar controlo.
- Pedir consentimento antes de qualquer procedimento.
- Respeitar a privacidade e criar um espaço seguro.
- Escolha do acompanhante, profissional do sexo feminino, posição/exame mínimo necessário.
- Linguagem e Comunicação adequada.

(Hanson 2024)

what we do Exercício dos 5 sentidos: trazer a parturiente ao momento presente.

9 ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO

- Há evidência científica que demonstra que a violência sexual é evitável com **PREVENÇÃO**

STRATEGIES

Relationship skills strengthened, Empowerment of women, Services secured, Poverty reduced, Environments made safe, Child and adolescent abuse prevented, Transformed attitudes, beliefs, and norms.

(WHO 2018)

9 ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO

- Fornecer conhecimento sobre o todo relativos a VSM.
- Implementar **Programas de educação** e de intervenção e de educação para a saúde, de forma a promover vivências positivas da sexualidade. (OE 2019)
- Redução dos comportamentos de risco e consentimento.
- Fomento de experiências de sexualidade mais seguras e prazerosas.

(OMS 2002, OMS 2014, OMS 2018, Conselho de Europa 2011)

9 ENFERMAGEM

Profissional de saúde privilegiada para desenvolver e implementar planos de prevenção e cuidados perante a VSM.

Garantindo às mulheres o direito aos mais altos padrões de cuidados de enfermagem disponíveis.

10 CONCLUSÕES

- A VSM é um grave problema de saúde pública.
- Momento de maior vulnerabilidade da mulher.
- A enfermagem pode fazer a diferença.
- De vítima a sobrevivente.
- Ganhos em saúde.
- Atitude proativa = superar as barreiras.
- Cuidados Humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Apêndice AN: Folha de elogio do bloco de partos

N.º 876759

FOLHA DE ELOGIO / SHEET FOR PRAISE

USE CANETA ESFEROGRÁFICA E ESCREVA EM MAIÚSCULAS / USE A BALL-POINT PEN AND WRITE IN CAPITAL LETTERS

Estabelecimento/Serviço
Establishment / Service Bloco de Partos - [REDACTED]

Nome do Elogiante
Name ANA [REDACTED]

Email [REDACTED]@gmail.com

Os dados pessoais (e-mail) relativos ao Elogiante e recolhidos no âmbito desta folha de elogio destinam-se única e exclusivamente à gestão administrativa do Elogiado. Os mesmos não serão usados para prospeção e/ou marketing. | All the personal data provided and collected within the scope of the praise, are for the exclusive use and management of the praised entity. No data will be used in for marketing or sales activities.

Aceito / Accept ☒ Não Aceito / Not accept ☐

Quem quero elogiar / Who I want to praise
ENFERMEIRA [REDACTED], ENFERMEIRA [REDACTED] E À AA ESTO MATRIA.

Motivo do Elogio / Reason for praise Quero expressar o meu mais profundo e sincero elogio às pessoas maravilhosas, técnicas de excelência, maravilhosas almas, do bloco de partos do Hospital da [REDACTED], que me acompanharam no momento mais intenso, vulnerável e transformador da minha vida: o meu parto vaginal.
A excelência do vosso profissionalismo, aliada a uma humanidade para e uma força imensa, transmittida em cada gesto e palavra, fez toda a diferença num dos momentos mais marcantes da minha vida. Foi acompanhada com competência, empatia, segurança e um respeito absoluto, sentindo-me sempre apoiada, protegida e confiante. Levarei para sempre este momento comigo e nele estará inevitavelmente gravada a marca desta equipa EXCEPCIONAL. Obrigada por tanto, obrigada por elevarem TÃO ALTO o NÍVEL DA ENFERMEIRAGEM E DO HOSPITAL [REDACTED], um hospital PÚBLICO.

DATA | DATE 14 / 01 / 2026

ASSINATURA DO ELOGIANTE | SIGNATURE
[REDACTED]

Apêndice AO: Análise dos resultados do questionário de avaliação da sessão realizada no bloco de partos



Maria Fernández n.º 9231.
Supervisora Clínica: [REDACTED]
Supervisora Pedagógica: Maria Maceiras.
Bloco de partos - Fevereiro 2025.



4) Questionário de Avaliação da Sessão Consciencialização Violência Sexual contra a Mulher.

Contexto

No âmbito do 1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no decorrer do Ensino Clínico VI, no serviço de Bloco de partos e Urgência obstétrica/ginecológica da ULS [REDACTED], a aluna Maria Fernández, sob orientação clínica da EESMO [REDACTED] e orientação pedagógica da Professora Maria Maceiras, realizou uma sessão de consciencialização com o tema **“Violência Sexual contra a Mulher”** com a metodologia, conteúdos e objetivos descritos no seu respetivo plano de sessão.

A sessão realizou-se no dia 28 de janeiro de 2026, com duração de 40 minutos em formato presencial no quarto 9 do serviço, com retransmissão online. No total participaram 9 enfermeiras.

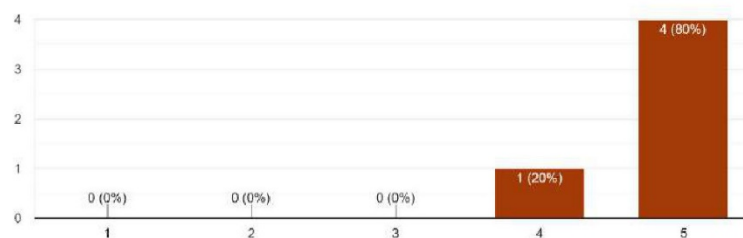
No fim da sessão, foi disponibilizado um questionário de avaliação com o intuito de avaliar a qualidade da intervenção, a sua relevância e o impacto percebido, bem como identificar aspetos a melhorar para futuras sessões.

O questionário foi preenchido por 5 pessoas, taxa de resposta de 55,5%, facto condicionado pelo encerramento da sessão coincidir com o momento de passagem de turno, o que limitou a disponibilidade das participantes para o seu preenchimento.

Resultados

1. De modo geral, como avalia esta sessão?

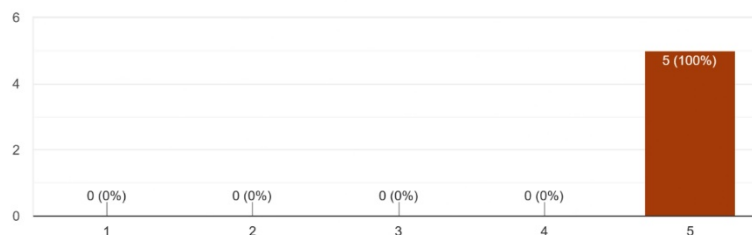
5 respostas



80% dos participantes classificam a sessão de "excelente" e 20% de "muito boa". A ausência de classificações inferiores demonstra que a **sessão foi eficaz, pertinente e bem recebida** pelas enfermeiras do Bloco de Parto e Urgência Obstétrica.

2. O conteúdo abordado foi relevante para a sua prática profissional?

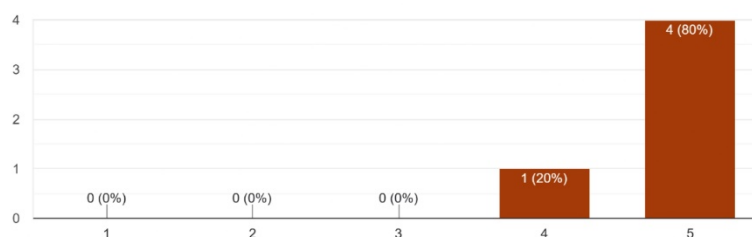
5 respostas



100% das enfermeiras consideraram o **conteúdo muito relevante** para a sua prática profissional, com unanimidade, confirmando a pertinência da temática neste contexto clínico específico.

3. Considera que após esta sessão melhorou o seu conhecimento sobre a violência sexual contra a mulher?

5 respostas



80% das participantes reportaram ganho máxima de conhecimento e 20% uma melhoria significativa, o que confirma que **a sessão foi eficaz na transmissão de informação especializada**, consciencializando as participantes para a complexidade da temática neste contexto específico de assistência.

4. O tempo dedicado à sessão foi adequado?

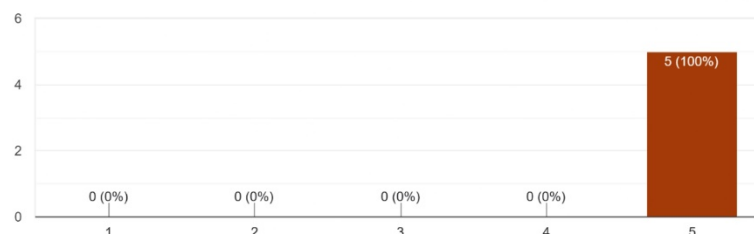
5 respostas



A totalidade das participantes considerou o tempo da sessão suficiente, este resultado evidencia uma **adequação estratégica dos conteúdos** às condicionantes do contexto de trabalho.

5. A formadora apresentou os conteúdos de forma clara e objetiva?

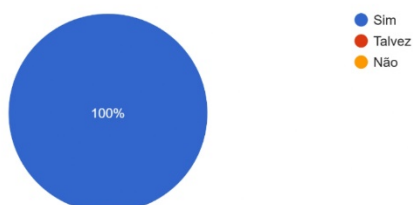
5 respostas



100% das participantes atribuíram nota máxima à clareza e objetividade da apresentação.

6. Indicaria esta sessão a outros profissionais de saúde?

5 respostas



A unanimidade na recomendação da sessão a outros profissionais constitui um **reconhecimento do valor formativo e da qualidade da intervenção**. Refletindo na utilidade destes conteúdos para a prática dos seus pares.

7. O que mais gostou nesta sessão? (3 respostas)

- *Muito pertinente. Gostei!*
- *Clareza na transmissão da informação*
- *Da informação passada, foi muito pertinente*

Os comentários convergem em dois eixos: **clareza comunicativa** e **pertinência temática**. A menção à pertinência é indicativa de que as enfermeiras reconhecem e valorizam a abordagem desta temática no contexto da sua prática clínica.

8. O que poderia ser melhorado numa futura edição? (1 resposta)

- *Nada*

Conclusões

A unanimidade nas respostas positivas na avaliação da sessão indica que a informação transmitida foi não apenas compreendida, mas reconhecida como relevante e integrável na prática clínica, condição essencial para que o conhecimento se traduza em melhoria efetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No contexto da urgência obstétrica e ginecológica, onde a revelação de situações de VSM ocorre com frequência, a capacidade de resposta das enfermeiras é determinante. Capacitá-las para reconhecer o fenómeno, compreender o seu impacto e intervir de forma adequada constituiu um dos objetivos centrais desta sessão, sendo que os resultados obtidos neste questionário confirmam a concretização desse objetivo, contribuindo para uma prática clínica mais informada e humanizada

ANALISE SWOT

Formação – Violência Interpessoal

A formação "Violência Interpessoal" decorreu nos dias 5 e 6 de junho de 2025, com duração de 8 horas, na [REDACTED]. Organizada pelo Centro de Formação da Unidade Local [REDACTED] entidade acreditada pela Administração Central do Sistema de Saúde, foi dinamizada pela Equipa para a Prevenção da Violência no Adulto (EPVA).

Programa Formativo:

- Módulo I: Abordagem do Sector da Saúde ao Fenómeno da Violência Interpessoal.
- Módulo II: Abordagem Multidisciplinar ao Fenómeno da Violência Interpessoal.
- Módulo III: Estudo de Casos.

Objetivos da formação:

1. Compreender a problemática da violência interpessoal e de género.
2. Definir os diferentes tipos de violência e respetivo impacto.
3. Identificar as estratégias e os fatores que influenciam o processo de autonomia das vítimas/sobreviventes.
4. Reconhecer e interpretar os indicadores de alerta associados à violência interpessoal.
5. Conhecer os princípios orientadores da intervenção com vítimas de violência interpessoal.
6. Aplicar o processo de acompanhamento técnico a vítimas/sobreviventes.
7. Saber com e para quem encaminhar as situações de violência identificadas.

A **Metodologia pedagógica** utilizada integrou três abordagens complementares:

- **Método expositivo** com apresentação de conteúdos, leitura de matérias e visualização de vídeos ilustrativos;
- **Método ativo** com trabalhos individuais e em grupo, estudo de caso, role play e debate;
- **Método interrogativo** com *brainstorming*, questões abertas e aplicação de questionários.

Pontos Fortes (*Strengths*)

Alinhamento Estratégico com o Desenvolvimento Profissional:

- **Convergência com o tema do Relatório Final:** A formação abordou temas diretamente relacionados com o meu percurso académico e profissional, nomeadamente com o tema da violência sexual, objeto do meu Relatório Final.
- **Integração no Local de Estágio:** A realização da formação na própria [REDACTED], onde desenvolvo os estágios de especialização (internamento de grávidas, puérperas e sala de partos), contribuiu para o conhecimento dos protocolos internos.
- **Conhecimento da Equipa EPVA:** Conhecer pessoalmente a equipa responsável pela prevenção da violência interpessoal, compreendendo os seus objetivos e funções.

Qualidade dos Conteúdos Fundamentais:

- **Coerência Bibliográfica:** Os conceitos, definições, tipos e sinais de alerta apresentados estão alinhados com as mesmas referências utilizadas no meu Relatório Final, validando a consistência do meu enquadramento teórico e os cuidados especializada baseados em evidência científica.
- **Abordagem Sistemática:** A formação teve uma estrutura modular clara, que evoluiu progressivamente desde os conceitos fundamentais até à aplicação prática, através da análise de casos garantindo uma progressão pedagógica coerente.
- **Abordagem ética e de rigor profissional:** Destacou-se o enfoque na responsabilidade do profissional de saúde face às situações de violência interpessoal, promovendo uma cultura de maior vigilância, prevenção e intervenção e em consequência potenciando a competência comum do enfermeiro especialista em garantir cuidados de saúde que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Metodologia Pedagógica Diversificada:

- **Abordagem Multidisciplinar:** A participação de diferentes grupos profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) enriqueceu o debate e a compreensão das diferentes dimensões do fenómeno.
- **Trabalho Colaborativo:** O estudo de casos em grupos promoveu a partilha de experiências e a discussão de diferentes perspetivas profissionais, enriquecendo a aprendizagem.

Pontos Fracos (*Weaknesses*)

Carga horária insuficiente:

- As 8 horas distribuídas em apenas 2 dias revelam-se insuficientes para aprofundar a complexidade e a sensibilidade do tema.

Inconsistência na informação legal transmitida:

- Foi transmitida incorretamente a informação de que a violência sexual constitui um crime de natureza pública. Quando questionei essa afirmação, a equipa formadora manteve a resposta não refletindo a realidade jurídica em Portugal, o que considero uma falha no domínio do conhecimento legal.

Superficialidade na Componente Prática:

- Embora o estudo de casos tenha promovido reflexão e discussão entre os participantes, verificou-se uma carência da componente prática, nomeadamente estratégias concretas e aplicáveis à prática clínica.

Ausência na abordagem da dimensão emocional profissional.

- Faltou espaço para abordar o impacto emocional que casos de violência têm nos cuidadores de saúde e as estratégias de mitigação.

Oportunidades (*Opportunities*)

Desenvolvimento de Competências Especializadas:

- Consolidação de conhecimentos que complementam diretamente o tema do meu Relatório Final.
- Desenvolvimento da competência específica da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica de “Cuidar a mulher a vivenciar processos de saúde/doença incluído situações de violência”.
- Possibilidade de aplicar e disseminar estes conhecimentos ao longo dos restantes contextos de estágio e futura prática clínica.

Impacto na Prática Clínica/Ensino Clínico:

- **Melhoria na Qualidade dos Cuidados:** Capacidade de proporcionar cuidados mais sensíveis e adequados a mulheres em situação de violência.

- **Prevenção Secundária:** capacidade de identificar precocemente situações de risco durante o acompanhamento ginecológico/obstétrico.
- **Potencial articulação com a EPVA:** facilitando integrações de intervenções, futuras consultorias e encaminhamentos, fortalecendo a competência de gestão de cuidados e articulação na equipa de saúde.

Ameaças (*Threats*)

Desafios de Implementação Prática

- A fraca componente prática da formação pode gerar insegurança na abordagem de situações reais.

Responsabilidade Profissional:

- A divulgação de informação legal incorreta pode ter consequências graves na abordagem de casos, comprometendo a atuação dos profissionais de saúde e a satisfação dos cuidados prestados.

Subnotificação institucional:

- A revelação de que a "*maioria dos serviços do hospital não reportam as situações para EPVA, tendo sido apenas notificados cinco casos de violência sexual em 2024*" evidencia uma falha significativa na sinalização, que compromete a vigilância epidemiológica, dificulta a articulação com outras entidades e fragiliza a eficácia da intervenção e do sistema de proteção à vítima.

ANÁLISE ESTRATÉGICA CRUZADA

Estratégias SO (Forças + Oportunidades)

Maximizar pontos fortes para aproveitar oportunidades.

O alinhamento da formação com o Relatório Final, o conhecimento da equipa EPVA e a integração no local de estágio não só consolidam conhecimentos teóricos como também criam condições favoráveis para a aplicação prática e a replicação nos ensinos clínicos. A coerência bibliográfica e a abordagem multidisciplinar potenciam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, sobretudo na identificação precoce de situações de violência, nas intervenções multidisciplinares e na articulação com a EPVA.

Estratégias WO (Fraquezas + Oportunidades) –

Superar fraquezas aproveitando oportunidades.

Apesar da superficialidade prática identificada, as oportunidades de aplicar os conhecimentos adquiridos no desenvolvimento do relatório final nos restantes ensinos clínicos permitem colmatar algumas lacunas, através da consciencialização do tema, promoção na responsabilidade profissional e na abordagem multidisciplinar, assim como a articulação com a equipa EPVA.

Estratégias ST (Forças + Ameaças)

Usar forças para minimizar ameaças.

A sinergia entre os conhecimentos adquiridos desta formação e do relatório final constitui uma base sólida de evidência científica, conferindo maior segurança e domínio nas intervenções e ações de disseminação sobre esta temática, potenciando intervenções de qualidade.

A proximidade ao contexto institucional e o contacto com a equipa EPVA podem mitigar as ameaças de desarticulação e subnotificação, pois a compreensão dos protocolos internos permite contribuir para promover uma cultura de responsabilidade nos restantes ensinos clínicos.

Estratégias WT (Fraquezas + Ameaças)

Minimizar fraquezas e evitar ameaças

As limitações temporais e a insuficiência da componente prática fragilizam a preparação para atuar em situações reais, o que, associado à ameaça da subnotificação institucional, pode perpetuar falhas na vigilância e acompanhamento das vítimas.

CONCLUSÃO

A formação “Violência Interpessoal” foi uma experiência formativa enriquecedora, permitindo consolidar conhecimentos teóricos que complementaram o tema do meu Relatório Final.

A formação atingiu, em grande medida, os objetivos delineados, nomeadamente no que se refere à compreensão da problemática da violência interpessoal e à identificação de fatores de risco. Contudo, o objetivo relativo à aplicação prática do acompanhamento técnico não foi plenamente cumprido, o que representa uma lacuna formativa a considerar em futuras edições

Devido à proximidade com o contexto institucional dos meus estágios facilita a aplicação prática dos conhecimentos, apesar das limitações identificadas, contribui para uma maior consciência crítica sobre os desafios da intervenção neste campo.

Considero que iniciativas como esta são fundamentais para capacitar os profissionais de saúde na prevenção e resposta à violência sexual.



1.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Aluna: Maria Fernandez n.º 9231.

Supervisora Pedagógica: Maria Maceiras.

Apêndice AQ: Scoping review



Maria Fernandez 9231 <mariafernandez9231@esscvp.eu>

SS-346 - Carta Decisão

webservices@uongroup.com <webservices@uongroup.com>

10 de março de 2026 às 15:46

Para: mariafernandez9231@esscvp.eu

Salutis Scientia

Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Data: 2026-03-10 15:46

Referência artigo: SS-346

Título: Benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente: scoping review

Cara Autora,

Informamos que o artigo foi aceite e será publicado com a brevidade possível.

De seguida enviaremos as provas para validação.

Melhores cumprimentos

Salutis Scientia

Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Av. de Ceuta, Edifício Urbiceuta, piso 6

1350-125 Lisboa

Benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente: *scoping review*

Benefits of aromatherapy in the management of labour pain: a scoping review

Maria Fernandez^{1*}, Marta Fernandes¹, Inês Mendes¹, Laura Gouveia¹, Dora Carteiro¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa.
mariafernandez9231@esscvp.eu; martafernandes9216@esscvp.eu; inesmendes9213@esscvp.eu;
lauragouveia9243@esscvp.eu; dcarteiro@esscvp.eu

A dor é um processo fisiológico inerente ao trabalho de parto, frequentemente percecionada pela parturiente como intensa e geradora de medo. Atualmente, há uma maior procura de estratégias não farmacológicas para alívio da dor nesta fase. Esta *scoping review* tem como objetivo identificar a evidência científica sobre os benefícios da aromaterapia como estratégia não farmacológica no controlo da dor da parturiente durante o trabalho de parto. Procura ainda identificar os óleos essenciais, os métodos mais aplicados e eficazes e outros resultados positivos da sua aplicação. Foram realizadas pesquisas nas bases de dados PubMed, SciELO, CINAHL Complete, Cochrane Library, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BioMed Central (BMC) e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), utilizando descritores validados no Medical Subject Headings (MeSH) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) 2024. Foram identificados 286 artigos que, após remoção de duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, resultaram na seleção de 14 artigos. Os artigos analisados evidenciam a aromaterapia como uma intervenção eficaz no controlo da dor no trabalho de parto. Identificam-se diferentes óleos essenciais que, ao serem aplicados através da inalação ou massagem, demonstram contribuir para o conforto e a redução da intensidade da dor. A aromaterapia destaca-se por ser uma estratégia não farmacológica efetiva para o alívio da dor no trabalho de parto, de baixo custo, de fácil acesso, não invasiva e associada a um risco reduzido de efeitos adversos, favorecendo simultaneamente o conforto, o bem-estar, o envolvimento e o empoderamento da mulher no parto.

Pain is a physiological process inherent to labor, frequently perceived by the parturient as intense and fear-inducing. Currently, there is an increasing demand for non-pharmacological strategies for pain relief during this phase. This scoping review aims to identify the available scientific evidence on the benefits of aromatherapy as a non-pharmacological strategy for pain management in parturients during labor. It also seeks to identify essential oil, the most widely used and effective methods, and other positive outcomes of their applications. Searches were conducted in the databases PubMed, SciELO, CINAHL Complete, Cochrane Library, Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BioMed Central (BMC), and Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), using descriptors validated in the Medical Subject Headings (MeSH) and the Health Sciences Descriptors (DeCS) 2024. A total of 286 articles were identified, which, after removing duplicates and applying the predefined inclusion and exclusion criteria, resulted in the selection of 14 articles. The analysed articles highlight aromatherapy as an effective intervention in pain management during labor. Different essential oils are identified that, when administered through inhalation or massage, demonstrate contributions to comfort and a reduction in pain intensity. Aromatherapy stands out as an effective non-pharmacological strategy for pain relief during labor, characterized by low cost, easy access, non-invasiveness, and a reduced risk of adverse effects, simultaneously promoting comfort, well-being, involvement and empowerment of woman during childbirth.

PALAVRAS-CHAVE: Aromaterapia; dor do parto; enfermagem; parturiente; alívio da dor.

KEY WORDS: Aromatherapy; labor pain; nursing; parturient; pain relief.

Submetido em 29.01.2026; Aceite em 10.03.2026; Publicado em 30.11.2026.

* **Correspondência:** Maria Fernandez
Email: mariafernandez9231@esscvp.eu

INTRODUÇÃO

O trabalho de parto consiste no período fisiológico em que o feto, membranas e líquido amniótico, cordão umbilical e placenta são deslocados do útero e expelidos para o exterior, promovido pelas contrações uterinas, acompanhado por apagamento cervical e descida fetal^{1,2}. As contrações uterinas são percebidas como uma sensação de aperto e relaxamento da musculatura uterina e abdominal, sendo descritas como intensamente dolorosas¹.

A dor obstétrica, à semelhança de outras dores agudas, é igualmente subjetiva e influenciada pela experiência individual de cada mulher, bem como as crenças, valores, religião e contexto sociofamiliar¹. Frequentemente, a dor do trabalho de parto representa um dos grandes receios das mulheres neste período, podendo influenciar negativamente a vivência do parto^{1,3}.

Para o alívio da dor durante o trabalho de parto, existem dois tipos de intervenções, as farmacológicas e as não farmacológicas. As farmacológicas envolvem a administração de medicamentos, enquanto as não farmacológicas, de natureza educativa, física, emocional, comportamental e espiritual, apresentam aplicação simples e menos efeitos indesejáveis^{1,4}.

Os métodos não farmacológicos de alívio da dor são cada vez mais explorados, pois além de acessíveis e de baixo custo, favorecem o parto natural e promovem uma maior participação, autocontrolo e autonomia da parturiente e/ou da pessoa significativa durante o processo¹. Neste contexto, observa-se uma tendência crescente das grávidas para procurar alternativas/complementos aos métodos farmacológicos no controlo da dor durante o trabalho de parto, sendo a aromaterapia uma das descritas^{4,5}.

A aromaterapia tem sido usada desde há milhares de anos. Hipócrates, pai da medicina moderna, defendia o uso da aromaterapia e acreditava que os banhos aromáticos e a massagem perfumada eram fundamentais para uma boa saúde⁶.

Na década de 1920, René Gattefossé realizou experiências com óleos essenciais e descobriu o seu grande potencial curativo, usando o termo "aromaterapia" pela primeira vez num artigo científico⁶⁻⁸. Posteriormente, diversos investigadores passaram a sustentar a aromaterapia como uma disciplina holística cientificamente fundamentada, cujo objetivo é a abordagem da pessoa na sua globalidade: mente, corpo e alma. Sendo complementar aos cuidados de saúde, a aromaterapia é considerada segura quando utilizada de forma adequada^{6,9}.

Esta terapia é frequentemente descrita como reconfortante e promotora de uma sensação profunda de bem-estar. Atendendo a que as mulheres grávidas tendem a apresentar um olfato mais apurado, estabelece-se uma ligação particularmente interessante entre aromaterapia e gravidez^{6,9}.

Os óleos mais utilizados na área da obstetrícia são: néroli (laranjeira), mandarina, sândalo, vetiver, olíbano, gengibre, murta, lavanda, camomila, rosa de damasco, hortelã-pimenta e sálvia. O uso passa pela evaporação através de queimadores/evaporadores, massagem, banhos de imersão e/ou aplicação de compressas perfumadas. A inalação dos óleos essenciais produz uma estimulação metabólica dos recetores olfativos, desencadeando memórias, pensamentos e emoções, tornando-se por isso essencial que a escolha dos óleos seja previamente analisada com a parturiente/ pessoa significativa^{1,5,9}.

A utilização de aromaterapia na área obstétrica tem-se tornado um tópico de interesse na comunidade de investigadores. A literatura sugere

que alguns dos compostos químicos dos diferentes tipos de óleos essenciais podem reduzir a dor, o stress e a ansiedade que a maior parte das parturientes sente durante o trabalho de parto, podendo ainda contribuir para acelerar o mesmo e o fortalecimento das contrações, sem praticamente efeitos secundários. As técnicas terapêuticas aromáticas identificadas mais promissoras para ajudar a aliviar a sensação dolorosa do trabalho de parto são, por exemplo, a solução tópica de 1% de sálvia-esclareia, camomila-romana e óleo de néroli (laranjeira)¹⁰.

Dado que a literatura científica evidencia os benefícios da aromaterapia na parturiente, surge o interesse em abordar especificamente a atuação no controlo da dor. Assim, coloca-se a questão de investigação que obedece ao princípio da utilização da mnemónica População Conceito Contexto (PCC): "Quais os benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente?".

O tema em estudo está relacionado diretamente com as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) a nível nacional e internacional, que no âmbito da sua autonomia profissional e da sua área de competência é responsável pela vigilância, condução e assistência do parto eutócico de baixo risco¹¹⁻¹³.

Estas competências incluem a implementação de medidas adequadas de controlo e alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, com recurso a medidas não farmacológicas, promovendo, consequentemente, o conforto e bem-estar da mulher/ pessoa significativa neste momento importante das suas vidas, obtendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados¹¹⁻¹³.

Espera-se que os resultados da investigação confluem no sentido da teoria do conforto de Katharine Kolcaba, que define o conforto como um estado multidimensional resultante da satisfação

das necessidades humanas nos contextos de alívio, tranquilidade e transcendência nas dimensões físicas, psico-espiritual, sociocultural e ambiental^{14,15}.

Esta teoria aborda a prestação de cuidados de enfermagem com o objetivo de proporcionar conforto holístico à mulher e à sua família, conduzindo ao seu envolvimento nos cuidados e estimulando a criação de comportamentos saudáveis^{14,15}.

A teoria do conforto é vista como um referencial teórico que evidencia a enfermagem enquanto ciência que, além de incentivar a interação, autonomia e valorização das necessidades da parturiente a partir da promoção do conforto, permite a consequente melhoria da qualidade de vida¹⁴.

Neste âmbito, a aromaterapia poderá considerar-se como uma possível estratégia de enfermagem para promover o conforto holístico à parturiente, na medida em que pode atuar simultaneamente sobre a perceção da dor (dimensão física), a ansiedade (dimensão psico-espiritual) e ambiente terapêutico durante o trabalho de parto (dimensão ambiental).

Logo, o objetivo desta *scoping review* é identificar a evidência científica sobre os benefícios da aromaterapia como estratégia não farmacológica no controlo da dor da parturiente durante o trabalho de parto.

Como objetivo específico pretende-se identificar os óleos essenciais, os métodos mais aplicados e eficazes e outros resultados positivos da sua aplicação. Desta forma pretende-se contribuir para que o EEESMO possa, a posteriori, aplicar este conhecimento na prática diária de cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto, contribuindo para o seu bem-estar e conforto.

METODOLOGIA

Foi realizada uma *scoping review* que fornece informações amplas e aprofundadas, permitindo realizar uma análise extensa e exploratória sobre esta temática. Este tipo de estudo, metódico, ordenado e mais inclusivo, permite uma compreensão profunda por meio da análise de artigos científicos e outra literatura especializada, proporcionando uma base sólida para a prática baseada na evidência que sustenta as intervenções, assim como a identificação de possíveis lacunas existentes¹⁶.

A pesquisa bibliográfica foi conduzida por quatro investigadores durante o mês de abril de 2024, sem restrição temporal quanto à data de publicação dos artigos e em idioma português, inglês e espanhol.

Numa primeira fase, realizou-se uma pesquisa livre nas bases de dados de MEDLINE e CINAHL Complete, onde foram identificados os descritores: *Aromatherapy*; *Pain management*; *Labor pain*; *Pain perception*; *Analgesics*; *Pregnancy*; *Pregnant women*; *Obstetric labor*; *Nurse*; *Nurse midwives*; *Nurse specialists*; *Midwifery*; validados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Além disso, incluiu-se o termo *Parturient* como linguagem natural, uma vez que se verificou que é frequentemente utilizado para o conceito de grávida em trabalho de parto.

Numa segunda fase, seguiram-se as diretrizes do PRISMA-ScR, efetuando-se a pesquisa nas bases de dados PubMed, SciELO, CINAHL Complete e Cochrane Library, BioMed Central (BMC) e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), com a seguinte equação de pesquisa: *Aromatherapy AND (Pain management OR Labor pain OR Pain perception) AND Analgesics AND (Pregnancy OR Pregnant women OR Obstetric labor OR Parturient) AND (Nurse OR Nurse midwives*

OR Nurse specialists OR Midwifery). Com o intuito de mapear o máximo de evidência disponível sobre o fenómeno em estudo, a equação de pesquisa foi ampliada com a inclusão de descritores pertinentes ao tema. A inclusão destes descritores teve como finalidade aumentar a capacidade de identificação de estudos potencialmente relevantes. Assim, embora a estrutura PCC tenha orientado a formulação da questão, a estratégia de pesquisa foi intencionalmente expandida para garantir maior exaustividade e robustez metodológica, mantendo-se a coerência com o objetivo da revisão. A operacionalização da pesquisa encontra-se detalhada na Tabela 1.

Definiram-se como critérios de inclusão artigos que envolviam grávidas em trabalho de parto nas quais a aromaterapia é utilizada como método não farmacológico para controlo da dor. Foram excluídos os artigos em que a aromaterapia é utilizada para outros fins, em outros contextos, ou noutras fases do ciclo gravídico-puerperal, e que não apresentam texto integral.

RESULTADOS

No total, foram identificados 286 artigos, dos quais 26 correspondiam a duplicados. Após a sua remoção, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos e à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, o que resultou na exclusão de 245 artigos por não se mostrarem pertinentes para a temática investigada. Foi ainda excluído um artigo por não se encontrar disponível em texto integral. Assim, a amostra final integrou 14 artigos¹⁷⁻³⁰, dois provenientes da base de dados PubMed^{17,21} e 12 da CINAHL Complete^{18-20,22-30}. Este processo encontra-se sintetizado na Figura 1.

Os artigos analisados distribuem-se geograficamente pelo Irão^{17,18,20,21}, Brasil^{19,24,28,29},

Taiwan²³, Indonésia^{27,30}, China²⁵, Estados Unidos da América²² e Tailândia²⁶.

Os anos de publicação distribuem-se entre 2004 e 2023, com maior concentração a partir de 2018, o que sugere um interesse crescente na temática da aromaterapia em obstetria.

Quanto ao desenho metodológico, foram identificadas seis revisões sistemáticas^{18,21-23,25,30}, quatro ensaios clínicos randomizados (ECR)^{17,20,26,27}, três revisões integrativas^{19,24,28} e um estudo qualitativo com análise reflexiva²⁹. Os resultados obtidos dos 14 artigos encontram-se sintetizados na Tabela 2.

Eficácia na redução da dor do trabalho de parto

A evidência reunida nos artigos analisados indica que a aromaterapia está associada a reduções clinicamente relevantes da intensidade da dor ao longo do trabalho de parto¹⁷⁻³⁰.

Verificou-se nos ensaios clínicos randomizados, uma redução significativa da intensidade da dor, de severa para moderada, através da inalação de óleos essenciais^{26,27}. Estes benefícios foram igualmente observados na massagem com óleos de camomila e gengibre, com resultados superiores na redução da intensidade dolorosa em relação aos grupos de controlo (massagem sem óleo essencial)^{17,20}.

As revisões e meta-análises incluídas reforçam esta tendência, apontando para uma redução significativa da dor^{18,19,21,23-26,28-30}, sendo apontada como um dos métodos não farmacológicos mais eficazes para alívio da dor no trabalho de parto seguido pela acupuntura²⁵. Contudo, nestas revisões, salientam limitações relacionadas com o número de estudos, a heterogeneidade metodológica e a qualidade global da evidência disponível^{19-21,25,28,29}.

Em suma, o conjunto dos artigos converge para um efeito analgésico da aromaterapia, com redução da

intensidade da dor com base nas escalas de avaliação da dor^{19-21,25,28,29}, sobretudo nas fases latente e ativa inicial, quando comparados com cuidados de rotina ou com intervenções placebo^{26,27,30}.

Óleos essenciais e método de aplicação

Os principais óleos essenciais utilizados nos artigos foram: lavanda^{18,19,21-26,28-30}, jasmim^{24,26,28-30}, gerânio^{24-26,28-30}, rosa^{24,25,28-30}, damascena^{22,24,25,28-30}, laranja^{24,25,28,29}, cítricos^{26,30}, eucalipto^{28,29}, olíbano^{22,24,30}, camomila^{17,18,24}, gengibre^{20,24}, tangerina²⁴, mandarina²⁴, sálvia²⁴, almíscar²⁷, alecrim²⁴, limão¹⁸, cidreira²⁴, cravinho²⁴ e hortelã-pimenta²⁴. Os efeitos terapêuticos reportados destes óleos incluem propriedades ansiolíticas, analgésicas, anti-inflamatórias e relaxantes, que favorecem a redução da dor^{17,18,20,21,23,24,26-30}.

Nos artigos selecionados, o método de aplicação predominante foi a inalação, através de inalação com difusores ambientais, inalação simples com compressas ou fricção da palma da mão, incensos e máscaras faciais^{18,19,21-30}. Outros artigos combinam a inalação dos óleos essenciais com outros métodos não farmacológicos do controlo da dor como escalda-pés, piscina de nascimento e técnicas de respiração ou acupressão^{18,19,24,25,28,29}.

O segundo método de aplicação mais reportado foi a combinação de óleos essenciais com técnicas de massagem^{17,18,20,21,23-26,28-30}. Especificamente, a massagem sueca e a massagem lombar com óleos essenciais mostraram evidência significativa na redução da intensidade da dor em comparação com o grupo de controlo sem óleos essenciais^{17,20}.

Adicionalmente, identifica-se um artigo que descreve a administração oral de óleos essenciais como parte da aromaterapia, sem descrever com detalhe a dosagem ou benefícios quando comparado com os outros métodos de aplicação²⁵.

Outros resultados da aplicação da aromaterapia

no trabalho de parto

No que concerne aos desfechos obstétricos, a aplicação de massagem sueca com óleo essencial de camomila demonstrou reduzir significativamente a duração do trabalho de parto, comparativamente ao grupo controlo sem óleo essencial¹⁷.

Apesar destes resultados promissores, a evidência global permanece heterogénea. Algumas revisões sistemáticas descrevem potenciais benefícios na progressão do trabalho de parto^{21,28,29}. Em oposição, outras revisões apontam para a falta de evidência consistente que permita afirmar que a aromaterapia tem influência na redução da duração do trabalho de parto^{18,19,24-26}. A evidência demonstra-se mais consistente para outras abordagens como o yoga, acupressão e posições verticais^{22,25}.

No que se refere à avaliação do índice de apgar do recém-nascido, os artigos que avaliam este desfecho são concordantes ao identificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de intervenção com aromaterapia e os grupos de controlo e concluem que a aromaterapia é um método seguro para o recém-nascido^{17,23-26}.

A aromaterapia tem sido utilizada durante o trabalho de parto sem efeitos secundários importantes reportado pelas parturientes^{18,20,23-25,27}, identificando-se como possíveis efeitos secundários menores: náuseas, vômitos, erupção cutânea, cefaleia ou trabalho de parto rápido. No entanto, não foi possível concluir se este efeito foi associado diretamente à aromaterapia, à meperidina administrada²⁶, a outros fatores ou pelo próprio trabalho de parto²².

A literatura evidencia que os óleos essenciais podem irritar a pele e membranas mucosas. Contudo, não há relatos de efeitos adversos graves associados, pelo que se recomenda realizar teste de sensibilidade antes do seu uso^{22-24,26,30}.

No que concerne à satisfação materna, a literatura evidencia que as parturientes submetidas a aromaterapia, apresentam níveis elevados de satisfação, com uma experiência de parto positiva^{17,21,22,24-26}. Adicionalmente, a maioria das parturientes expressa intenção de recorrer novamente a esta intervenção em gestações subsequentes e/ou recomendar o seu uso a terceiros²⁶.

DISCUSSÃO

Tendo sido delineado como objetivo principal deste estudo identificar evidência científica sobre os benefícios da aromaterapia como estratégia não farmacológica no controlo da dor da parturiente durante o trabalho de parto, neste capítulo será exposta uma síntese interpretativa dos resultados do mapeamento de literatura.

A aromaterapia é reconhecida como um método não -farmacológico eficaz e seguro no alívio e controlo da dor da parturiente. Os autores que sustentam esta premissa acrescentam que este método pode ser aplicado pelo EEESMO sendo um método seguro, não invasivo, com baixo risco de efeitos colaterais e de baixo custo^{18,19,24,28,31}.

A utilização da aromaterapia para alívio da dor da parturiente surge descrita em ambiente hospitalar^{17-28,30} e acompanhamento domiciliar²⁹.

O momento da introdução da aromaterapia não está claramente descrito, dado que a sua aplicação é referida tanto na fase latente como na fase ativa de trabalho de parto^{26,27,30}.

A lavanda é o óleo essencial mais utilizado, nos artigos selecionados, e com maior eficácia no alívio da dor no trabalho de parto^{18,19,21-26,28-30,32}. Contudo, identificam-se outros óleos essenciais para o

mesmo fim como a sálvia, laranja-amarga, camomila, gerânio e olibano^{17,18,22,24-26,30,32}.

Os artigos não são consensuais relativamente ao óleo essencial com maior efeito positivo e método de aplicação mais eficaz. Neste sentido, não é possível concluir quanto ao óleo essencial e método de aplicação que apresente maior eficiência na redução/alívio da dor da parturiente^{17,18,22,24-26,30,32}.

Um dos estudos analisados apresenta a aromaterapia como o método não-farmacológico mais efetivo no alívio da dor da parturiente²⁵. Porém, outros autores fazem referência à utilização da aromaterapia conjugada com outros métodos não farmacológicos que, assim, se revelam eficazes no controlo e alívio da dor^{19,28-30}.

Os métodos não farmacológicos são utilizados como técnicas para alívio da dor da parturiente^{19,20,22,25,28-30,33-36}, mas são considerados simultaneamente, como estratégias que promovem a participação da mulher na tomada de decisões durante o trabalho de parto, proporcionando experiências de parto positivas^{25,33,36}. Facto que nos relembra a importância de adaptar os métodos aos desejos, necessidades e circunstâncias de cada mulher a viver o seu trabalho de parto³⁴.

A aromaterapia apresenta também efeitos importantes na diminuição da ansiedade no momento do parto, sendo assim uma prática integrativa e complementar para uma experiência de parto mais positiva³⁷. Neste âmbito, os óleos essenciais descritos são a laranja-doce, rosa e lavanda³².

Ainda que alguma evidência descreva que a aromaterapia melhora o nível de ansiedade, potencia o bem-estar e a tranquilidade materna aliviando, em consequência, a sensação dolorosa do trabalho de parto, estes resultados são de baixa qualidade e pouco sólidos^{17,18,22,24-26,30,32}. A hipnose, acupuntura³⁵ e hidroterapia são os métodos não

farmacológicos mais estudados e que apresentam resultados mais sólidos para o alívio da dor³⁸.

Apesar da consistência observada na direção do efeito analgésico, existem limitações significativas nos estudos. Na maioria dos artigos, a sua aplicação foi observada apenas no alívio da dor em gestações primíparas de baixo risco, o que limita a generalização dos resultados para outras parturientes; existe grande heterogeneidade entre os estudos quanto ao tipo de óleo, concentração, método, momento e duração da aplicação; amostras frequentemente pequenas, ausência de cegamento ou randomização pouco descrita.

Os achados desta *scoping review* permitem verificar que a aromaterapia, enquanto intervenção não farmacológica, vai ao encontro dos pressupostos da Teoria do Conforto de Kolcaba, visto que, não atua apenas na dor enquanto sintoma físico, mas também na experiência subjetiva do trabalho de parto, na ansiedade, no bem-estar, na participação da mulher e no ambiente do nascimento.

Nomeadamente, a redução da intensidade da dor e da ansiedade¹⁷⁻³⁰, associada ao baixo risco de efeitos secundários^{17,18,20,23-27} e aos elevados índices de satisfação materna^{17,21,22,24-26} e à intenção de recorrer novamente à intervenção²⁶, evidencia que a aromaterapia é capaz de satisfazer as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nas diferentes dimensões do conforto preconizadas pela autora¹⁵.

Estes achados reforçam o potencial desta terapia como recurso do EEESMO na promoção do conforto holístico da mulher em trabalho de parto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evidência científica obtida nesta *scoping review* indica que a aromaterapia constitui uma estratégia não farmacológica eficaz na redução da intensidade

da dor durante o trabalho de parto, particularmente nas fases latente e ativa inicial. É recomendada por ser um método de aplicação simples, não invasivo, acessível, de baixo custo e com risco reduzido de efeitos secundários, podendo ser implementada de forma autónoma pelo EEESMO, visto que não se associou a desfechos negativos no parto, nem neonatais e/ou maternos.

A aromaterapia pode ser utilizada como método adjuvante de outras terapias, potenciando o efeito analgésico, nomeadamente a massagem terapêutica, o ioga e as técnicas de respiração. Um aspeto relevante é que promove o envolvimento da parturiente e da pessoa significativa nos cuidados, incentivando o autocuidado, a participação no seu conforto e a satisfação materna, contribuindo assim para uma experiência de parto mais positiva.

Identificou-se uma diversidade nos tipos de óleos essenciais utilizados, sendo referidos diferentes óleos para o mesmo propósito terapêutico. Embora essa diversidade dificulte a padronização e a estandardização, amplia o leque de opções disponíveis para a parturiente, permitindo-lhe escolher o óleo essencial da sua preferência.

A integração da aromaterapia pelo EEESMO na prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto como um método não farmacológico para alívio da dor promove a sua autonomia. Neste sentido, a abordagem centrada na mulher favorece um parto mais fisiológico, reduzindo as intervenções farmacológicas. Simultaneamente, promove a autonomia da mulher envolvendo-a no desenvolvimento do seu parto.

Porém, reconhece-se que a aromaterapia apresenta algumas implicações na prática do EEESMO como a inexistência de protocolos clínicos institucionais que orientem o uso seguro da sua aplicação e a integração nos planos de cuidados como cuidado autónomo, promovendo a articulação com a equipa multidisciplinar.

Como estudos futuros, sugere-se o desenvolvimento de investigação mais robusta que avalie a eficácia, segurança e aceitabilidade da aromaterapia no alívio da dor durante o trabalho de parto e o seu impacto nas primeiras horas de vida do recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Néné M, Marques R, Batista MA. Enfermagem de saúde materna e obstétrica. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2016.
2. Posner GD, Dy J, Jones GD, Black AY. Oxorn-foote human labor and birth. 6ª Ed. Reino Unido: EUROPE MHE; 2013.
3. Eisenberg A, Murkoff H, Hathaway S. Livro de instruções para uma gravidez bem sucedida. 2a Ed. Gradiva, editor.Lisboa; 2003. 300–330 p.
4. Enfermeiros da Urgência Obstétrica e Ginecológica do Hospital São Francisco Xavier. Alívio da dor no trabalho de parto: medidas não farmacológicas. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2016 [citada 2024 jan 28]. Disponível em: <https://www.ulslo.min-saude.pt/~chlomins/images/documents/AlivioDorTrabalhoParto.pdf>
5. Sullivan DH, McGuinness C. Natural labor pain management. Int J Childbirth Educ. 2015;30(2):20-25.
6. Farrar AJ, Farrar FC. Clinical aromatherapy. Nurs Clin North Am. 2020;55(4):489-504.
7. AromaWeb. History of aromatherapy [Internet]. [citado 25 de Fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.aromaweb.com/articles/aromatherapy-history.php>
8. Saint-Priest: Fondation Gattefossé. René-Maurice Gattefossé [Internet]. [citado 25 de Fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.fondation-gattefosse.org/rene-maurice-gattefosse/>
9. Farrer-Halls G. A bíblia da aromaterapia: o guia definitivo para o uso terapêutico dos óleos essenciais. 1a ed. Lisboa: Pensamento; 2016.
10. Zielinski E. El poder curativo de los aceites esenciales. 1a ed. Barcelona: Ediciones Obelisco; 2019.
11. Diário da República. Regulamento n.º 391/2019 - Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. [citada 2024 fev 11]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
12. Diário da República. Regulamento n.º 140/2019 - Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06. [citada 2024 fev 11]. Disponível em:

- <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
13. International Confederation of Midwives. Competências essenciais para a prática da parteira e da obstetrícia [Internet]. 2024 [citada 2024 fev 11]. p. 21-24. Disponível em: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/PT_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice.pdf
 14. Cardoso RB, Caldas CP, Souza PA. Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2019;8(1):118-128.
 15. Kolcaba K. *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Company SP, editor. 2003.
 16. Vilelas J. *O Processo de Construção do Conhecimento*. 3a edição. Lisboa: Edições Sílabo; 2020.
 17. Eskandari F, Mousavi P, Valiani M, Ghanbari S, Iravani M. A comparison of the effect of swedish massage with and without chamomile oil on labor outcomes and maternal satisfaction of the childbirth process: a randomized controlled trial. *Eur J Med Res*. 2022;27(1):266.
 18. Ardekani ZS, Mirzaee F, Ghazanfarpour M. A review of randomised clinical trials on the effect of aromatherapy in obstetrics. *Aust J Herb Naturop Med*. 2024;36(1):13-19.
 19. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, et al. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio da dor do parto. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(3):350-357.
 20. Azizi M, Yosefzadeh S, Rakhshandeh H, Behnam HR, Mirteymouri M. The effect of back massage with and without ginger oil on the pain intensity in the active phase of labor in primiparous women. *J Midwifery Reprod Health*. 2020;8(1):2033-2040.
 21. Kazeminia M, Abdi A, Vaisi-Raygani A, et al. The effect of lavender (*Lavandula stoechas* L) on reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2020;2020:e4384350.
 22. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. 2004;49(6):489-504.
 23. Liao CC, Lan SH, Yen YY, Hsieh YP, Lan SJ. Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*. 2021;41(1):21-31.
 24. Fonseca MB, Mata JAL, Rocha CMF, Sanfelice CFO. Benefícios do uso de óleos essenciais e da aromaterapia no trabalho de parto. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2023;17(1):e254393.
 25. Hu Y, Lu H, Huang J, Zang Y. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: a systematic review and Bayesian network meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2021;30(23-24):3398-3414.
 26. Tanvisut R, Traisrisilp K, Tongsong T. Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2018;297(5):1145-1150.
 27. Rahmahmayati EL, Anggraini Y. Is true aromatherapy kasturi oil can relieve child birth pain in first stage labor? *Turk J Physiother Rehabil*. 2021;32(2):19153-19162.
 28. Pimentel MM, Alves VH, Rodrigues DP, Branco MBLR, Vieira RS, Marchiori GRS. Non-invasive technologies for pain relief in parturition/tecnologias não invasivas para o alívio da dor na parturição. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2021;13:671-677.
 29. Araújo ASC, Correia AM, Rodrigues DP, Lima LM, Gonçalves SS, Viana APS. Métodos não farmacológicos no parto domiciliar. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2018;12(4):1091-1096.
 30. Mujiyani SA, Latifah L. Pain management in the first stage of labour using sensory stimulation. *Br J Midwifery*. 2022;30(7):396-404.
 31. Buckle J, Ryan K, Chin KB. Clinical aromatherapy for pregnancy, labor and postpartum. *Int J Childbirth Educ*. 2014;29(4):21-27.
 32. Karasek G, Laia da Mata JA, Vaccari A. O uso de óleos essenciais e aromaterapia no trabalho de parto. *Rev Cuid*. 2022;13(2):e2318.
 33. Palet-Rodríguez M, Torrubia-Pérez E. The usefulness of complementary therapies in pain management during childbirth: an integrative review. *Enferm Glob*. 2023;22(70):465-496.
 34. Jones L, Othman M, Dowswell T, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(3):CD009234.
 35. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003521.
 36. Vivancos-Marín N, Cánovas-Ambit G, Sánchez-García JC, López-Requena A, García-Vidal JA. Complementary techniques of relaxation and non-pharmacological analgesia during childbirth: systematic review. *Enferm glob*. 2024;23(73):458-490.
 37. Velozo MEA, Silva SS, Lima LM, et al. Benefícios do uso da aromaterapia no trabalho de parto: revisão integrativa da literatura. *Rev Enferm Atual In Derme*. 2023;97(2):e023105.
 38. Montero García A, Provencio Herranz V. Nonpharmacological methods as an effective measure for pain management in normal delivery. *Metas Enferm*. 2023;26(10):69-78.

Tabela 1 – Operacionalização da pesquisa

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA - DESCRITORES DESH/MESC	PUBMED	SCIELO	CINAHL COMPLETE	COCHRANE	Portal Regional da BVS	BMC	RCAAP
#1 Aromatherapy	7408	39	7084	17	2353	406	119
#2 Pain management	702875	2174	257905	775	272786	56860	2274
#3 Labor pain	52560	367	32216	99	11251	8089	535
#4 Pain perception	219764	770	78995	56	29781	22270	1705
#5 #2 OR #3 OR #4	994883	3161	298551	860	303429	67285	1705
#6 Analgesics	982277	816	82533	414	227800	14705	911
#7 Pregnancy	2596564	13010	367105	1117	1149280	59914	14473
#8 Pregnant women	166726	7128	118675	507	173956	37700	7100
#9 Obstetric labor	222356	681	39354	180	68906	6139	611
#10 Parturient	10801	205	3798	4	5314	673	336
#11 #7 OR #8 OR #9 OR #10	2712637	16635	406306	1191	1173624	73384	101617
#12 Nurse	1412778	5374	1021190	637	336206	98617	8645
#13 Nurse midwives	53291	104	53501	25	15478	8862	108
#14 Nurse specialists	140957	80	127486	92	14622	25680	194
#15 Midwifery	204799	315	148520	27	29506	8 99	211
#16 #12 OR #13 OR #14 OR #15	1541160	5647	1091550	653	361568	99685	15453
#17 #1 AND #5 AND #6 AND #11 AND #16	131	0	137	1	0	17	0

Tabela 2 – Resumo dos resultados dos artigos selecionados

Título	Autor Ano, País Tipo de artigo	Objetivo Óleos essenciais (OE) Método de Aplicação (MA)	Resultado
<i>A comparison of the effect of Swedish massage with and without chamomile oil on labor outcomes and maternal satisfaction of the childbirth process: a randomized controlled trial.</i>	Eskandari F; Mousavi P; Valliani M; Ghanbari S; Iravani M. 2022 - Irão. Estudo randomizado.	Avaliar o efeito da massagem sueca com e sem óleo de camomila nos resultados do parto OE: camomila. MA: massagem sueca.	A massagem sueca com óleo de camomila reduziu significativamente o score de dor do parto, reduziu a duração do parto fase ativa e segunda fase do trabalho de parto, e aumentou o score de satisfação materna com o processo do parto.
<i>A review of randomised clinical trials on the effect of aromatherapy in obstetrics.</i>	Ardekani ZS, Mirzaee F, Ghazanfarpour M. 2023 - Irão. Revisão sistemática da literatura.	Investigar o efeito da aromaterapia no trabalho de parto. OE: maioritariamente lavanda, camomila, alecrim e limão. MA: inalação, massagem, esalda-pés, piscina de parto, acupressão e compressas.	A aromaterapia é eficaz na redução da dor e da ansiedade durante o parto, mas não tem efeito em outros desfechos do parto, portanto, a aromaterapia pode ser recomendada como um método simples e acessível para reduzir a dor e a ansiedade nas mulheres durante o parto.
<i>Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis.</i>	Liao CC; Lan SH; Yen YY; Hsieh YP; Lan SJ. 2020 - Taiwan. Revisão sistemática da literatura.	Avaliar e resumir toda a evidência derivada de estudo randomizado acerca do efeito de aromaterapia no alívio da dor do trabalho de parto e ansiedade. OE: lavanda o mais usado. MA: inalação e/ou massagem.	Foram identificadas evidências mais credíveis que validam que a aromaterapia pode diminuir significativamente a dor do parto, tanto nas fases ativas precoces como nas fases cativas tardias.
<i>Benefits of using essential oils and aromatherapy in labor.</i>	Fonseca MB; Mata JAL; Rocha CMF; Santelice CFO. 2023 - Brasil. Revisão integrativa da literatura.	Revisar na literatura científica os benefícios do uso de óleos essenciais e da aromaterapia no trabalho de parto. OE: lavanda, tangerina, jasmim, gengibre, cidreira, sálvia, olíbano, camomila, rosa damascena, hortelã-pimenta, laranja doce, laranja amarga, mandarina e cravinho. MA: principalmente inalação, seguido de	A aromaterapia e o uso de óleos essenciais podem ser oferecidos às parturientes como uma ótima estratégia não farmacológica para o alívio da dor e da ansiedade, de baixo custo, não invasiva e com baixo risco de efeitos colaterais, podendo ser efetuada por enfermeiras(os).

Benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente: scoping review

		massagem e esalda-pés.	
<i>Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: a systematic review and bayesian network meta-analysis.</i>	Hu Y; Lu H; Huang J; Zang Y. 2021- China. Revisão sistemática da literatura.	Comparar e classificar a eficácia e segurança de intervenções não farmacológicas no controlo da dor do parto. OE: rosa damasco, lavanda e laranja amarga MA: inalação, massagem, banho e administração oral.	Os métodos não farmacológicos são eficazes e seguros para o controlo da dor do parto em gestantes de baixo risco. A aromaterapia é a estratégia não farmacológica mais eficaz, com efeitos positivos significativos no alívio da dor do parto; Recomenda-se que intervenções não farmacológicas para o controlo da dor do parto sejam aplicadas de acordo com as preferências e valores da mulher materna.
<i>Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial.</i>	Tanvisut R; Traisrisilp K; Tongsong T. 2018 - Tailândia. Estudo randomizado.	Determinar a eficácia da aromaterapia na redução da dor durante o trabalho de parto. OE: lavanda, gerânio-rosa, citríco e jasmim. MA: inalação por difusor.	A aromaterapia é útil na redução da dor na fase latente e na fase ativa inicial e, provavelmente, pode ser usada como método adjuvante eficaz para controle da dor do parto, sem efeitos colaterais graves.
<i>Is true aromatherapy kasturi oil can relieve childbirth pain in first stage labor?</i>	Rahmayati EL; Anggraini; Yetti. 2021- Indonésia. Estudo randomizado.	Determinar o efeito da aromaterapia com óleo de ricino na dor do parto na primeira fase. OE: almíscar. MA: inalação por difusor.	A análise mostrou que a intensidade média da dor de parto antes da aromaterapia Kasturi era de 7,66 e após a administração era de 4,94 concluindo que existe uma influência da aromaterapia com óleo de Kasturi nas dores de parto na primeira fase.
<i>Non-invasive technologies for pain relief in parturition.</i>	Pimentel MM; Alves VH; Rodrigues DP; Branco MBLR; Vieira RS; Marchiori GRS. 2021 - Brasil. Revisão integrativa da literatura.	Analisar as tecnologias não invasivas de alívio da dor no parto e nascimento. OE: Lavanda, eucalipto, jasmim, rosa e laranja. MA: Massagem, incensos, na banheira ou na simples inalação.	Observou o uso de mais de duas técnicas não farmacológicas no processo de parto e nascimento, como aromaterapia isolada ou somada a mais uma tecnologia; aplicação isolada de frio e/ou calor; uso da bola suíça no trabalho de parto resgata a autonomia da mulher frente ao seu corpo. A Lavanda produz efeitos relaxantes e

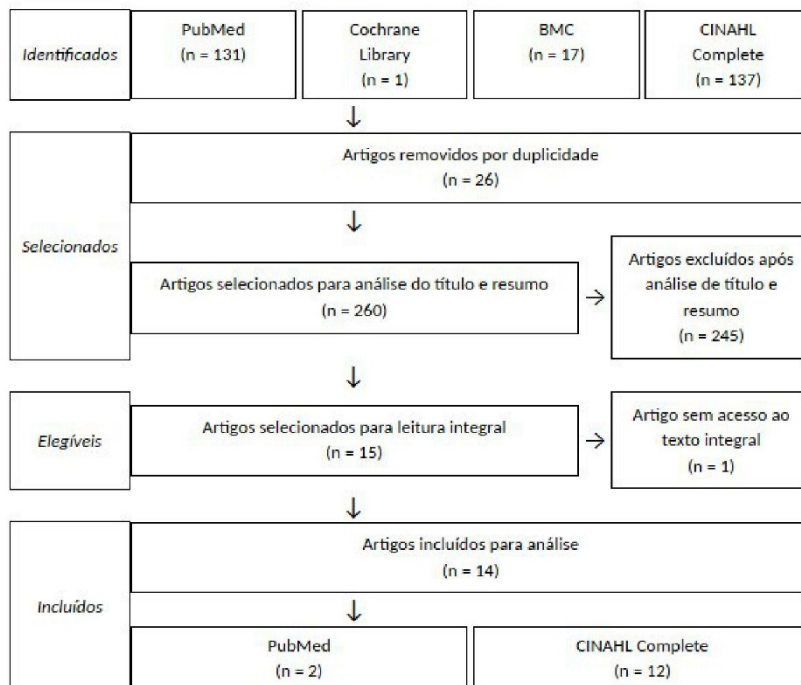
Benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente: scoping review

			tranquilizantes, havendo estudos que indicam seu uso para redução da dor.
<i>Métodos não farmacológicos no parto domiciliar.</i>	Araújo ASC; Correia AM; Rodrigues DP; Lima LM; Gonçalves SS, Viana APS. 2018 - Brasil. Estudo qualitativo tipo análise reflexiva.	Discutir acerca dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no parto domiciliar. OE: lavanda, eucalipto, jasmim, rosa e laranja. MA: massagem, incensos, na banheira ou na simples inalação.	Há uma gama de métodos utilizados no ambiente domiciliar para o alívio da dor, como o banho de aspersão/imersão, bola suíça, método "cavalinho", "banquinho U", musicoterapia, aromaterapia, massagem, acupressão e deambulação. Essas práticas contribuem para inibição de estímulos dolorosos e promovendo o conforto para o processo de parto.
<i>Pain management in the first stage of labour using sensory stimulation.</i>	Mujiyanti SA; Latifah L. 2022 - Indonésia. Revisão sistemática da literatura.	Avaliar o efeito da estimulação sensorial na redução da dor na primeira fase do trabalho de parto. OE: citríco, rosa, jasmim, lavanda, rosa damascena e olibano. MA: massagem, inalação na compressa ou friccionar o óleo na palma da mão.	A estimulação sensorial através de aromaterapia, musicoterapia, controlo da respiração, concentração e realidade virtual são eficazes na redução da dor na primeira fase do trabalho de parto.
<i>Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto.</i>	Mascarenhas VHA; Lima TR; Silva FMD; Negreiros FS; Santos JDM; Moura MAP; Gouveia MTO; Jorge HMF. 2019 - Brasil. Revisão integrativa da literatura.	Identificar na literatura nacional e internacional estudos sobre a eficácia dos métodos não farmacológicos na redução da dor do parto. OE: lavanda. MA: Inalação.	O banho quente, a música, a terapia com água quente, a música, a aromaterapia e as técnicas de respiração promovem o relaxamento e diminuem os níveis de ansiedade.

Benefícios da aromaterapia no controlo da dor da parturiente: scoping review

<i>The effect of back massage with and without ginger oil on the pain intensity in the active phase of labor in primiparous women.</i>	Azizi M; Yosefzade S; Rakhshandeh H; Behnam HR, Mirteymouri M. 2019 - Irão. Estudo randomizado.	Determinar o efeito da massagem na região lombar com e sem óleo de gengibre na intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em mulheres primíparas. OE: gengibre. MA: massagem lombar.	A massagem na região lombar com óleo de gengibre não só tem efeito no alívio da dor, mas também foi completamente segura para ser administrada às mães durante a sua primeira experiência de parto.
<i>The effect of lavender (lavandula stoechas) on reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis.</i>	Kazeminia M, Abdi A; Vaisi-Raygani A; Jalali R; Shohaimi S; Salari ADN; Mohammadi M. 2020 - Irão. Revisão sistemática da literatura.	Determinar o efeito da alfavema na dor do parto. A lavanda pode reduzir a dor do parto. OE: lavanda. MA: máscara de incenso frio e massagem.	
<i>Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering.</i>	Simkin P; Bolding A. 2004 - Estados Unidos de América. Revisão sistemática da literatura.	Determinar o efeito das abordagens não farmacológicas para atingir o controlo da dor do parto e a prevenção do sofrimento. OE: lavanda, rosa ou olibano. MA: inalação.	A eficácia da educação para o parto, do relaxamento e da respiração, do calor e do frio, da acupressão, da hipnose, da aromaterapia, da música e da áudio-analgésia não foi estudada de forma adequada ou os resultados são demasiado variáveis para se poderem tirar conclusões sobre a eficácia. Todos os métodos estudados revelam uma satisfação generalizada por parte da maioria dos utilizadores.

Figura 1 - Diagrama PRISMA-ScR



CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO

XXVI Congresso Nacional & X Internacional APEO - 5 e 6 de maio de 2025
Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira

Certifica-se que o(a) Exm^o(^a) Sr.^(^a):

Inês Mendes, Laura Gouveia, Maria Fernandez, Marta Fernandes & Dora Carteiro

São autoras do Póster, na modalidade presencial, “O EESMO na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente”, apresentado por *Laura Gouveia*, no XXI Encontro Nacional e X Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), organizado pela APEO, que decorreu na Fundação Engenheiro António de Almeida – Porto, em 5 de maio de 2025.

Presidente da APEO
Assinado por: VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de Identificação: 06706968
Data: 2025.06.03 14:51:51 +0100



Presidente da Comissão Científica da APEO
Assinado por: Márcio Filipe Montez Tavares
Num. de Identificação: 11531478
Data: 2025.06.02 09:15:55 +00'00'



Anexo

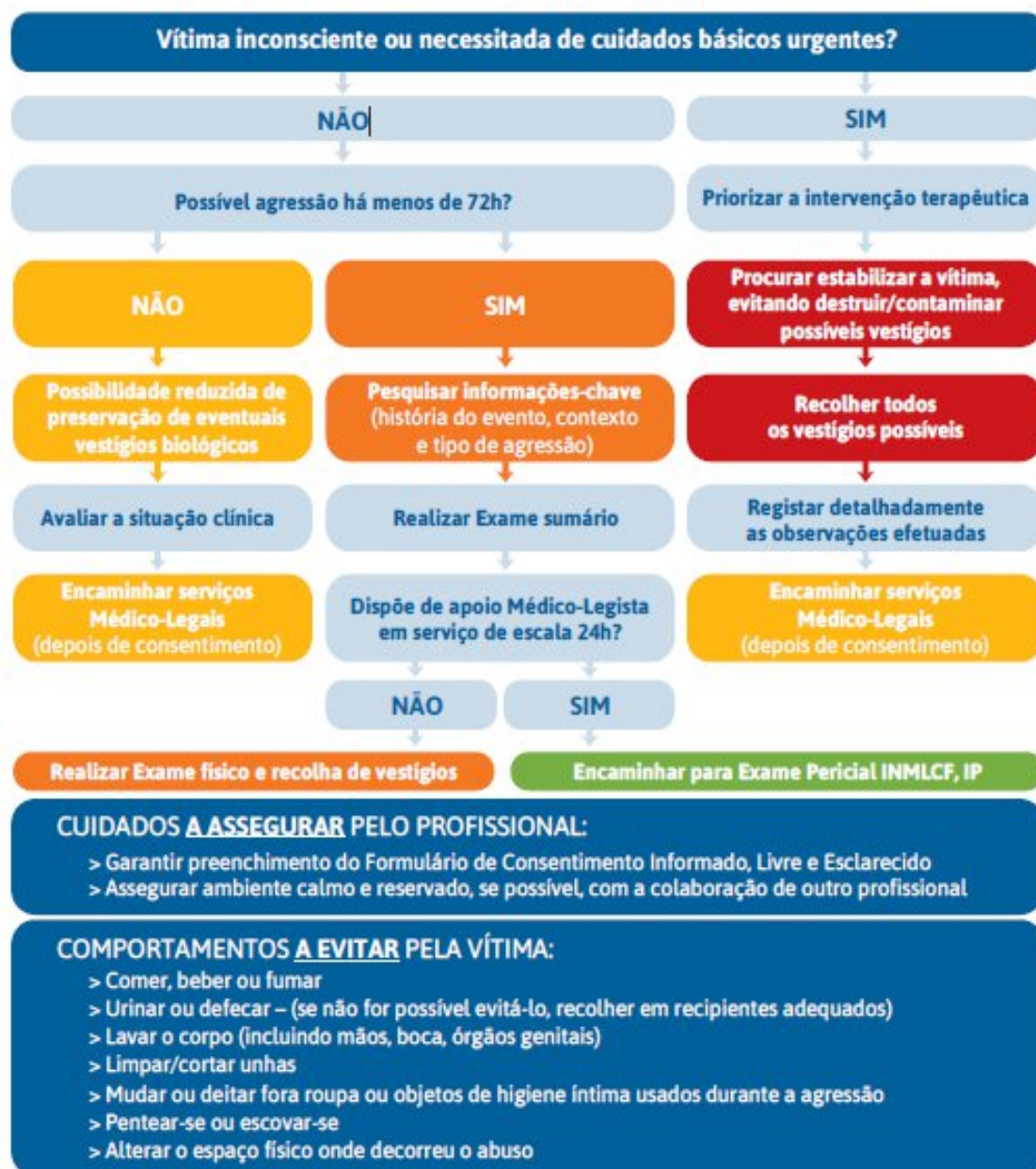
Anexo 1: Crimes sexuais no código penal português

Quadro 5: Crimes sexuais no código penal português

Os crimes contra a Liberdade Sexual atentam contra o direito de cada pessoa a decidir livremente sobre sua vida e práticas sexuais, pressupondo-se que a vítima tenha já a maturidade necessária para dar o seu consentimento ¹⁵ .	
Artigo 163º - Coação Sexual	Artigo 167º - Fraude Sexual
Artigo 164º - Violação	Artigo 168º - Procriação artificial não consentida
Artigo 165º - Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência	Artigo 169º - Lenocínio
Artigo 166º - Abuso sexual de pessoa internada	Artigo 170º - Importunação sexual
Os crimes de Autodeterminação Sexual abrangem vítimas que, pela idade ou nível de desenvolvimento, não possuem maturidade para se autodeterminar sexualmente nem para prestar consentimento ¹⁵ .	
Artigo 171º - Abuso Sexual de crianças (<14anos)	Artigo 175º - Lenocínio de menores
Artigo 172º - Abuso Sexual de menores dependentes	Artigo 176º - Pornografia de menores
Artigo 173º - Atos sexuais com adolescentes (de 14 a 16 anos)	Artigo 177º - Lenocínio de menores
Artigo 174º - Recurso à prostituição de menores	Artigo 178º - Queixa

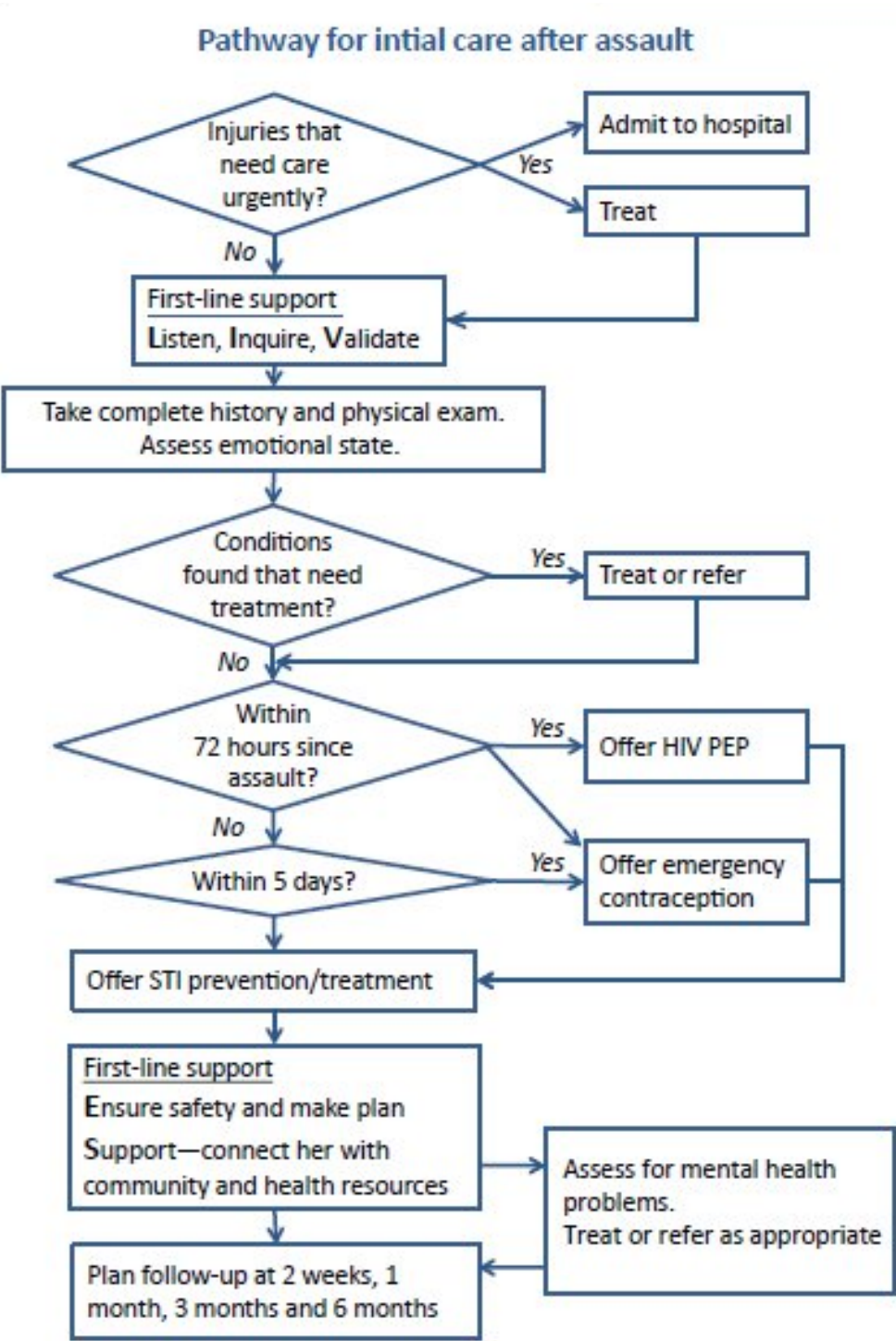
Anexo 2: Fluxograma de atuação da violência sexual

Fluxograma de atuação em situações agudas de VS da DGS ¹⁵



Anexo 3: Fluxograma de atuação na violência

Fluxograma de atuação na VS da OMS ⁴⁷



Anexo 4: Centro de crise em Lisboa

Correio eletrónico da AMCV sobre o Centro de Crise de Lisboa



Maria Fernandez 9231 <mariafernandez9231@esscvp.eu>

Pedido informação

2 mensagens

Maria Fernandez 9231 <mariafernandez9231@esscvp.eu>
Para: sede@amcv.org.pt

9 de dezembro de 2024 às 09:02

Olá, bom dia

O meu nome é Maria Fernandez, estou a cursar o Mestrado para a especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, e estou a realizar um trabalho sobre a violência Sexual na mulher.

Gostaria, se for possível, de obter informação mais detalhada sobre os Centros de Crises que a vossa associação fornece para as vítimas. Que horário tem? Seria possível receber o primeiro atendimento médico ou o exame médico legal? Que equipe multidisciplinar presta os cuidados? Há alguma enfermeira na equipe? Tem algum custo para a vítima os serviços oferecidos?

Agradeço desde já a informação que possam partilhar, e peço desculpa pelo incômodo que possa causar o meu e-mail.

Muito obrigada
Maria Fernandez.

Mónica Albuquerque <m.albuquerque@amcv.org.pt>
Para: "mariafernandez9231@esscvp.eu" <mariafernandez9231@esscvp.eu>

11 de dezembro de 2024 às 10:27

bom dia, cara maria fernandez

Acusamos a receção do seu email, o qual agradecemos, e tentaremos responder às questões colocadas.

Que horário tem?

O Centro de Crise para vítimas/sobreviventes de Violência Sexualizada funciona das 10h às 18h.

Seria possível receber o primeiro atendimento médico ou o exame médico legal?

As perícias médico legais são realizadas por profissionais especializados e em locais com determinadas características, dado as exigências das mesmas. As sobreviventes deslocam-se aos Hospitais ou IMLCF para a realização destes exames, mediante articulação e ou acompanhamento, se necessário, da equipa do Centro de Crise.

Que equipe multidisciplinar presta os cuidados?

*O Centro de Crise presta apoio especializados através de diferentes serviços/respostas, mediante as necessidades, gestão e avaliação de risco de cada sobrevivente, entre elas:
Acompanhamento Individual, Informação Jurídica, Apoio Psicológico, Grupos de Ajuda Mútua.*

Há alguma enfermeira na equipe?

Até ao momento, na equipa interna, não temos nenhuma profissional licenciada em Enfermagem.

Tem algum custo para a vítima os serviços oferecidos?

Todos os serviços/respostas prestados pelo Centro de Crise são Gratuitos.

Esperando ir ao encontro das suas dúvidas, desejando sucesso com os seus estudos, subscrevemo-nos com os melhores cumprimentos.

A Equipa do Centro de Crise

Associação de Mulheres Contra a Violência

tel: +351 21 380 21 60

sede@amcv.org.pt

www.amcv.org.pt



30 ANOS

Na defesa dos Direitos Humanos das Mulheres, Jovens e Crianças



1998 - ESCOSOC
Estatuto Consultivo Especial

2001 - PRÉMIO
"Direitos Humanos
Dr. Augusto Almeida Ribeiro",
da Ordem dos Advogados

2006 - PRÉMIO
"Carreira Virtual
do Diário de Notícias"

Anexo 5: Competências essenciais para a prática da parteira e da obstetrícia

Competências essenciais na prestação de cuidados a vítimas de VSM ⁵²

	Conhecimentos	Capacidades e Comportamentos
2.e Prestação de cuidados a raparigas e mulheres que sofreram violência e abuso físico e sexual	• Diretrizes da OMS sobre cuidados a sobreviventes de violência baseada no género (VBG) • Sinais e sintomas, com base na história clínica e no exame físico, sugestivos de risco de violência baseada no género (VBG), mutilação genital feminina (MGF), violência no relacionamento íntimo (VRI) ou violência sexual • Condições socioculturais, comportamentais e económicas frequentemente associadas à violência e ao abuso • Recursos comunitários disponíveis para aconselhamento, acompanhamento e apoio a pessoas com problemas sexuais ou em risco de VBG, MGF, VRI ou violência sexual • Impacto da violência e do abuso no bem-estar físico, psicológico, social, espiritual e cultural de mulheres que revelam ter sido vítimas de violência • Desigualdade de género e a respetiva influência na violência baseada no género • Princípios de confidencialidade, privacidade e proteção de dados • Sinais de práticas sexuais seguras, fatores de risco para práticas sexuais inseguras e sinais de VBG, MGF, VRI ou violência sexual • Tipo e calendarização de testes e tratamento para sobreviventes de agressão sexual • Responsabilidades legais e dever de cuidado das parteiras na identificação, referenciação ou notificação das necessidades das sobreviventes de VBG, MGF, VRI ou violência sexual	• Disponibilização de informação a todas as mulheres sobre fontes de apoio, independentemente da existência de revelação de violência • Inquérito sistemático sobre a segurança no domicílio, local de trabalho, etc. • Criação de oportunidades seguras para a revelação de situações de abuso/violência pelas mulheres • Reconhecimento de sinais potenciais de abuso com base no aspeto físico, estado emocional e comportamentos de risco relacionados, tais como o consumo de substâncias • Prestação de apoio específico a raparigas adolescentes e vítimas de violência baseada no género, incluindo violação • Garantia de recolha de provas caso a mulher opte por apresentar queixa • Garantia de acesso a contraceção de emergência e profilaxia pós-exposição (PEP)

CATEGORIA 2: Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Competências Essenciais da ICM

27

Anexo 6: Fatores de risco e fatores protetores da violência contra a mulher

Quadro 6: Fatores de risco e fatores protetores da violência contra a mulher ²⁵

Nível	Fatores de risco		Fatores protetores
Sociedade	- Leis discriminatórias em matéria de propriedade, casamento, divórcio e guarda das crianças. Baixos níveis de emprego e de escolaridade das mulheres. - Ausência de leis que abordem a violência contra as mulheres ou fraca aplicação dessas leis. - Discriminação de gênero nas instituições (por exemplo, polícia e serviços de saúde).	⇒	- Leis que promovem a igualdade de gênero. - Leis que promovem o acesso das mulheres ao emprego formal. - Leis que abordam a violência contra as mulheres e contra as crianças.
Comunidade	- Normas de gênero nocivas que sustentam o privilégio masculino, limitam a autonomia das mulheres e promovem o estigma. - Elevados níveis de pobreza e desemprego. - Elevadas taxas de violência e criminalidade. - Disponibilidade de drogas, álcool e armas.	⇒	- Normas que apoiam a não violência e relações equitativas em termos de gênero, promovendo o empoderamento das mulheres. - Normas que promovem masculinidades positivas entre rapazes e homens. - Redução da disponibilidade e do acesso ao álcool e às armas de fogo.
Interpessoal	- Níveis elevados de desigualdade nas relações, relações marcadas pelo controlo masculino e pela dependência em relação ao parceiro. - Múltiplas relações sexuais por parte dos homens. - Consumo de drogas e uso nocivo de álcool por parte dos homens.	⇒	- Relações íntimas caracterizadas pela igualdade de gênero, incluindo a partilha da tomada de decisão e das responsabilidades no agregado familiar.
Individual	- Experiência de violência na infância e/ou exposição à violência no seio familiar. - Problemas de saúde mental. - Atitudes que toleram ou justificam a violência como algo normal ou aceitável, ou que estigmatizam as mulheres.	⇒	- Ausência de exposição à violência no ambiente familiar. - Acesso ao ensino secundário para mulheres e homens, com menor disparidade entre os níveis de escolaridade. - Rapazes e raparigas, homens e mulheres socializados para desenvolver e adotar atitudes equitativas de gênero.

Adaptado de WHO, 2025

Anexo 7: Estratégias de prevenção da violência contra a mulher

Sete estratégias de prevenção da violência contra a mulher ²⁵

Estratégias RESPECT

Reforço das competências relacionais

- Estratégias dirigidas a indivíduos, grupos de mulheres, homens ou casais para melhorar competências de comunicação interpessoal, gestão de conflitos e tomada de decisão partilhada.

Empoderamento das mulheres

- Inclui empoderamento económico e social: direitos de herança e propriedade, microfinanciamento, formação em género, ação coletiva, criação de espaços seguros e mentoria para desenvolver competências de autoeficácia, assertividade, negociação e autoconfiança.

Serviços assegurados

- Garantia de acesso a uma variedade de serviços para sobreviventes, incluindo serviços policiais, jurídicos, de saúde e apoio social.

Pobreza reduzida

- Estratégias dirigidas às mulheres ou ao agregado familiar com o objetivo de atenuar a pobreza: transferências de dinheiro, poupanças, microcrédito e intervenções no mercado de trabalho.

Espços seguros

- Esforços para criar ambientes seguros nas escolas, espaços públicos e locais de trabalho, entre outros contextos da vida quotidiana.

Combate ao abuso na infância e adolescência

- Promoção de relações familiares saudáveis, proibição do castigo corporal e implementação de programas parentais, conforme definido no quadro INSPIRE da OMS.

Transformação de atitudes, crenças e normas

- Estratégias que desafiam atitudes de género prejudiciais, estereótipos e normas que sustentam o privilégio masculino e a subordinação feminina, que justificam a violência contra as mulheres e estigmatizam as sobreviventes — através de campanhas públicas, educação em grupo e mobilização comunitária.

Adaptado de WHO, 2025

Anexo 8: Suporte de primeira linha: “LIVES”

Quadro 7: Suporte de primeira linha: “LIVES”⁴⁷

Suporte em primeira linha: “LIVES”	
<i>Listening</i>	Ouvir é a parte mais importante de uma boa comunicação e a base do suporte de primeira linha. Permite que a mulher tenha a oportunidade de expressar o que deseja num espaço seguro e privado, a uma pessoa empática que quer ajudar.
<i>Inquiring needs</i>	Perguntar à mulher sobre as suas necessidades e preocupações é uma forma de compreender o que é mais importante para ela. É fundamental respeitar os seus desejos e responder às suas necessidades.
<i>Validating</i>	Validar as emoções, mostrar que a compreende e acredita nela, assegurar-lhe que ela não tem culpa
<i>Enhancing safety</i>	Ajudar a mulher a avaliar a sua situação e a elaborar um plano para permanecer mais segura.
<i>Supporting</i>	Proporcionar as informações, serviços e redes de apoio social ou institucional beneficiárias para a sua circunstância.

Anexo 9: Cronograma anual dos ensinios clínicos

Cronograma anual do estágio profissional do 1º mestrado em enfermagem de saúde materna e obstétrica

1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coordenação: Professora Manuela Néné

Planeamento para os Estudantes da UC Estágio Profissional com Relatório

PLANEAMENTO ANUAL - 2024/2025																																								
1º MESMO 2º ANO																																								
MESES	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S	D			
FEVEREIRO 2025	1		3	4	5	6	7	8		10	11	12	13	14	15		17	18	19	20	21	22		24	25	26	27	28												
MARÇO	1		3	4	5	6	7	8		10	11	12	13	14	15		17	18	19	20	21	22		24	25	26	27	28	29		31									
ABRIL				1	2	3	4	5		7	8	9	10	11	12		14	15	16	17	18	19		21	22	23	24	25	26		28	29	30							
MAIO						1	2	3		5	6	7	8	9	10		12	13	14	15	16	17		19	20	21	22	23	24		26	27	28	29	30	31				
JUNHO			2	3	4	5	6	7		9	10	11	12	13	14		16	17	18	19	20	21		23	24	25	26	27	28		30									
JULHO				1	2	3	4	5		7	8	9	10	11	12		14	15	16	17	18	19		21	22	23	24	25	26		28	29	30	31						
SETEMBRO			1	2	3	4	5	6		8	9	10	11	12	13		15	16	17	18	19	20		22	23	24	25	26	27		29	30								
OUTUBRO					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
NOVEMBRO	1		3	4	5	6	7	8		10	11	12	13	14	15		17	18	19	20	21	22		24	25	26	27	28	29											
DEZEMBRO			1	2	3	4	5	6		8	9	10	11	12	13		15	16	17	18	19	20		22	23	24	25	26	27		29	30	31							
JANEIRO 2026					1	2	3			5	6	7	8	9	10		12	13	14	15	16	17		19	20	21	22	23	24		26	27	28	29	30	31				
FEVEREIRO			2	3	4	5	6	7		9	10	11	12	13	14		16	17	18	19	20	21		23	24	25	26	27	28											
T OT PL S FEX EX ER E R Enc. F DA * SA JC * O1 O2																																								
No 2º Ano do 1º MESMO a UC Estágio Profissional com Relatório é Anual e tem 20 estudantes.																																								

Anexo 10: Workshop – Comunicação de más notícias



Anexo 11: Conferência internacional sobre mutilação genital feminina



Projeto Ativistas pelo Fim da MGF III

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A MGF

10 Anos da Criminalização da MGF em Portugal:
Além dos números, que caminhos seguir?

21 de março de 2026 | 9h às 18h
Rua da Cozinha Económica, Bloco D 30M-N, Alcântara
1300-149 Lisboa
Contacto: umar.mgf@gmail.com



Entidade Promotora:
  Ministério da Saúde e da Segurança Social

Entidades parceiras:
               

Entidade Financiadora:
        

Anexo 12: Curso de cardiocotografia



Anexo 13: Curso básico de suturas



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SANTA MARIA

CENTRO DE
FORMAÇÃO

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que MARIA GARCIA FERNANDEZ natural de Espanha nascida em 21/11/1987, com o N.º de Passaporte PAI465126 válido até 29/01/2029, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Curso Básico de Suturas, em 19/11/2025, com a duração de 4:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Introdução às Suturas: Tipos de suturas (absorvíveis vs não absorvíveis); Materiais de sutura e suas propriedades;	0:40	-
Instrumentos de sutura: agulhas, pinças, porta-agulhas, etc.	0:20	-
Princípios Básicos de Sutura: Indicações e contra-indicações; Anatomia relevante; Preparação da pele e antissepsia.	1:00	-
Técnicas de Sutura: Suturas simples; Suturas contínuas; Suturas interrompidas; Técnicas de nó (nó simples, nó em oito, etc.).	1:00	-
Prática de Suturas: Sessão prática com materiais sintéticos; Execução de diferentes tipos de suturas; Demonstração e prática de técnicas de nó.	1:00	-

Lisboa, 12 de dezembro de 2025

O(A) Responsável pelo(a) Centro de Formação da Unidade Local de Saúde Santa Maria

(Assinatura e selo branco ou carimbo)  Assinado digitalmente por
Alexandra Elisabete A. P. Costa
Diretora do Centro de Formação
Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.

Certificado n.º 1971/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

Anexo 14: Jornadas de enfermagem da saúde da mulher – Cuidar da mulher em tempos de mudança



Anexo 15: Jornadas de enfermagem de obstetrícia – Teoria, prática e realidade: novos olhares da obstetrícia contemporânea



Anexo 16: Formação – Enraizar a mudança pelo fim da violência contra as mulheres e da violência doméstica – Melhorar a intervenção, promover a prevenção”

Ação de Capacitação: Enraizar a mudança pelo fim da Violência Contra as Mulheres e da Violência Doméstica - <i>Melhorar a Intervenção, Promover a Prevenção</i>	 CIG COMISSÃO PARA A CIDADANIA E A IGUALDADE DE GÉNERO
	Parceria:  CONFEDERAÇÃO PORTUGUESA DAS COLECTIVIDADES DE CULTURA, RECREIO E DESPORTO

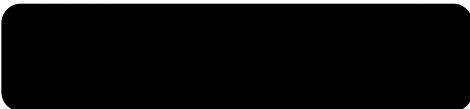
CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certifica-se que Maria Garcia Fernandez participou na Ação de Capacitação "Enraizar a mudança pelo fim da Violência Contra as Mulheres e Violência Doméstica - Melhorar a Intervenção e Promover a Prevenção, promovida pela Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género (CIG), em parceria com a Confederação Portuguesa de Coletividades de Cultura Recreio e Desporto, que decorreu no dia 9 de maio de 2025, no formato online, com a duração de 3 horas e 30 minutos.



Sandra Ribeiro
Presidente
CIG

Anexo 17: Violência interpessoal

**CENTRO DE
FORMAÇÃO**

Acreditado pela ACSS processo de renovação n.º 015/29-10-2000 e despacho ministerial de 26-01-2003
Entidade equiparada a certificada pela DGERT, de acordo com o artigo 4º da Portaria n.º 851/2009 de 6-09-2010
Entidade Certificada pela CEC cumprindo os requisitos da Norma NP ISO 29901:2020

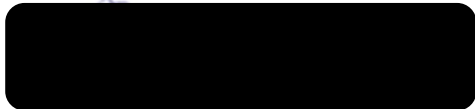
**CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO
PROFISSIONAL**

Certifica-se que, **MARIA GARCIA FERNANDEZ**, natural de Espanha, nascida a 21-11-1987,
com o documento de identificação n.º PAJ465126 válido até 29-01-2029, frequentou nos dias
05 e 06-06-2025 com a duração total de 8 horas, o Curso de Formação Profissional

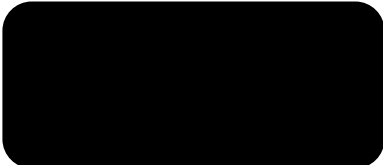
Violência Interpessoal

Lisboa, 15 de julho de 2025

O Responsável pela Entidade Formadora



Certificado N.º 230/2025



Mod. 055/006/CF-ULS2M