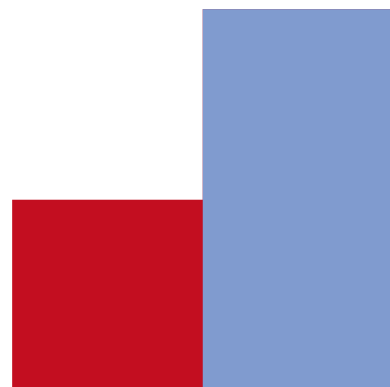


OS DIREITOS DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNAL E OBSTÉTRICA

Inês Cotrim Sentieiro Jordão Pereira

Maio de 2026



1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

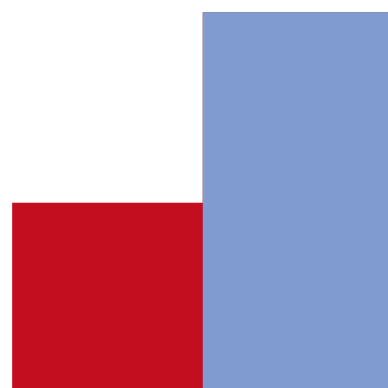
Inês Cotrim Sentieiro Jordão Pereira

OS DIREITOS DA MULHER NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientador(es)
Professora Doutora Maria de Jesus Maceiras

Maio de 2026



'Because fish can't see the water they swim in.'

- Marsden Wagner

Ao meu Companheiro e aos meus Filhos,
que me sustentaram com amor para que eu pudesse realizar este sonho.
Por cada ausência compreendida, por cada momento de que abdicaram comigo e por
todo o apoio com que tornaram possível este percurso, dedico-vos este trabalho.
Ele também é vosso, e do novo começo que agora se abre diante de nós.
Porque, no fundo, apoiar uma mulher é sempre uma forma de apoiar todas as mulheres.

Agradecimentos

Agradeço, antes de tudo, às mulheres. Às 4,13 mil milhões de mulheres que habitam este mundo, e que ainda hoje, continuam a ter de lutar pelo que nunca deveria depender de luta: dignidade, escuta, autonomia, respeito e direitos. A todas as que, em pleno 2026, continuam a encontrar resistência onde deveriam encontrar cuidado. A todas as que seguem a abrir caminho, mesmo quando o caminho lhes foi repetidamente negado.

Agradeço, de forma muito especial, a todas as mulheres que se cruzaram comigo ao longo destes últimos dois anos. Àquelas que colaboraram diretamente neste projeto e que, com a sua disponibilidade, confiança e generosidade, lhe deram sentido. Àquelas que, sem o saberem, me marcaram profundamente através das experiências que testemunhei nos seus partos, dos seus silêncios, da sua força, da sua vulnerabilidade e da forma como ocuparam o seu lugar num dos momentos mais transformadores da vida. Àquelas que não tiveram espaço, voz ou segurança para se defenderem perante práticas injustas, desrespeitosas ou violentas. E, igualmente, àquelas que encontraram em si a coragem para dizer não, para se proteger, para se afirmarem e para exigirem o respeito que lhes era devido. Todas, sem exceção, deixaram em mim uma marca e reforçaram a convicção de que não pode haver excelência em saúde materna sem humanidade, sem ética e sem respeito inegociável pelos direitos das mulheres.

Agradeço também às profissionais de saúde que, todos os dias, fazem a diferença nos cuidados que prestam. Àquelas que cuidam com competência, mas também com consciência; àquelas que não normalizam o desrespeito; àquelas que entendem que a técnica sem ética é insuficiente, e que a ciência sem humanidade falha o seu propósito.

Agradeço-lhes por mostrarem que é possível exercer com rigor, sensibilidade e coragem. E agradeço também àquelas que, por contraste, me mostraram com absoluta clareza aquilo que eu nunca quero reproduzir, tolerar ou legitimar enquanto futura EE-ESMO. Há aprendizagens que nascem da inspiração, mas há outras que nascem da recusa. Ambas são transformadoras.

Às minhas colegas de curso, agradeço profundamente o percurso partilhado. Num mestrado feito apenas por mulheres, houve algo de particularmente simbólico na forma como nos dedicámos, durante estes dois anos, a aprender mais, a questionar mais, a

crescer mais e a construir projetos com verdadeiro valor. Vi em cada uma de nós um compromisso real com a mudança, com a melhoria dos cuidados e com a possibilidade de outras mulheres poderem viver experiências diferentes, mais respeitadas, mais conscientes e mais dignas. Levo comigo a certeza de que este percurso foi também feito de inteligência coletiva, de persistência e de uma vontade comum de transformar a prática.

Às professoras que me acompanharam ao longo deste mestrado, deixo igualmente o meu agradecimento. Pelo conhecimento transmitido, pelo exemplo, pela exigência e pela inspiração. Em especial, à minha orientadora, agradeço por me ter ajudado a manter o foco quando tudo em mim vacilava. Mesmo com poucas palavras, soube dar-me exatamente o que eu precisava para continuar. Nem sempre é a abundância de discurso que sustenta alguém; por vezes, é a lucidez de quem sabe estar no momento certo, com a medida certa.

Por fim, e talvez no gesto mais exigente de todos, agradeço-me a mim. Agradeço-me por não ter desistido. Por ter tido a coragem de querer fazer mais por outras mulheres, mesmo quando o caminho me mostrou, de forma dura, aquilo contra o qual eu verdadeiramente estava a lutar. Por me ter mantido firme quando tudo o que vi me poderia ter feito recuar. Por ter suportado a desilusão, a impotência, a revolta e a dor sem permitir que elas me transformassem naquilo que eu rejeito. Por ter procurado ajuda, por ter feito o trabalho interno necessário e por ter continuado, apesar do desgaste, da perda, do cansaço e de tudo o que em silêncio me feriu. Foi precisamente o confronto com realidades que nunca deveriam ser toleradas que me devolveu a certeza do caminho que quero seguir e da profissional que escolhi ser.

Termino estes agradecimentos com a convicção de que este trabalho não é apenas o fecho de uma etapa académica. É também um compromisso ético. Um compromisso com as mulheres, com os seus direitos, com a dignidade do parto, com a recusa de qualquer forma de violência travestida de prática clínica, e com a defesa intransigente de cuidados verdadeiramente humanizados.

Enquanto houver mulheres a lutar para serem respeitadas no parto, este caminho continuará a ser necessário.

Resumo

A promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal tem-se afirmado como condição estruturante de cuidados respeitadores e estratégia de prevenção da violência obstétrica, num contexto de crescente clarificação jurídico-normativa em Portugal. A revisão da literatura, com nove estudos incluídos, evidenciou convergência em três eixos: desconhecimento de direitos e naturalização da Violência Obstétrica; educação/empoderamento, incluindo o Plano de Nascimento (PN), como estratégia preventiva; formação profissional e cultura institucional como condições para que o conhecimento se traduza em proteção efetiva.

Com base neste enquadramento, foi implementado o Plano de Projeto, nos seis contextos de ensino clínico, recorrendo a diálogo clínico intencional, educação para a saúde, disponibilização de um recurso digital de literacia acessível por *QR code*, materiais de divulgação e formação a profissionais quando exequível. A recolha de informação integrou-se na prática clínica quotidiana e combinou roteiros em contexto hospitalar e formulários em Cuidados de saúde primários (CSP) e no *site*, totalizando 57 registos/respostas. Os dados foram tratados predominantemente por análise qualitativa de conteúdo, complementada por estatística descritiva.

Os resultados evidenciaram literacia em direitos frequentemente baixa e maioritariamente extrainstitucional, sendo que apenas 28,6% referiu ter recebido informação por profissionais de saúde. O PN apresentou reduzida operacionalização em contexto hospitalar, enquanto em CSP aumentou a intenção de o elaborar após intervenção educativa. Conclui-se que literacia em direitos e PN podem reforçar a participação informada, mas o efeito preventivo depende de rotinas institucionais e comunicação eficaz que assegurem consentimento informado contínuo, privacidade e decisão partilhada.

Palavras-chave: violência obstétrica; direitos da mulher; literacia em saúde; plano de nascimento; EE-ESMO.

Abstract

The promotion of women's rights throughout the pregnancy–puerperal cycle has increasingly been recognized as a cornerstone of respectful maternity care and a strategy to prevent obstetric violence, particularly amid growing legal and regulatory clarification in Portugal. A literature review including nine studies identified convergence across three key axes: limited rights awareness and the normalization of obstetric violence; education and empowerment, including the Birth Plan (BP), as preventive strategies; and professional training and institutional culture as prerequisites for rights knowledge to translate into effective protection.

On this basis, a Project Plan was implemented across six clinical training settings, using intentional clinical dialogue, health education, a digital rights-literacy resource accessed via QR code, dissemination materials, and staff training when feasible. Data collection was embedded in routine clinical practice and combined hospital field-note records with questionnaires in primary care and via the website, totaling 57 records/responses. Data were analyzed primarily through qualitative content analysis, supplemented by descriptive statistics.

Findings indicated that rights literacy was frequently low and largely derived from extra-institutional sources; only 28.6% reported receiving rights-related information from health professionals. The Birth Plan showed limited operationalization in hospital settings, whereas in primary care intention to develop a Birth Plan increased after the educational intervention. It is concluded that rights literacy and the Birth Plan may strengthen informed participation; however, preventive impact depends on institutional routines and effective communication ensuring ongoing informed consent, privacy, and shared decision-making.

Keywords: obstetric violence; women's rights; health literacy; birth plan; midwife

SIGLAS

BP – Bloco de Partos

CCEE - Competências comuns do enfermeiro especialista

CEEE-ESMO - Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica

CME - Competências de Mestre em Enfermagem

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade.

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral de Saúde

EC - Ensino Clínico

EE-ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IG – Internamento de Grávidas

IP – Internamento de Puérperas

ITP – Indução do Trabalho de Parto

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIF - Projeto Individual de Formação

PN – Plano de Nascimento

PP – Plano de Projeto

RE – Relatório de Estágio

RN - Recém-nascido

SC - Supervisora clínica

SP - Supervisora pedagógica

SUOG - Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TDUCC - Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

TP - Trabalho de parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

VO – Violência Obstétrica

Índice

I. Introdução	1
II. Enquadramento Teórico	3
II.1. Conhecimento Sobre Direitos no Ciclo Gravídico-puerperal como Prevenção da Violência Obstétrica: Revisão da Literatura	8
II.1.1. Literacia em Direitos: Potencial e Limites na Prevenção da Violência Obstétrica.....	11
II.1.2. Plano de Nascimento e Prevenção da Violência Obstétrica.....	13
II.1.3. Implicações para o Projeto	14
II.2. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.....	15
II.2.1. A Violência Obstétrica e os Direitos da Mulher na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: Implicações para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	16
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências.....	20
III.1. Ensino Clínico Bloco de Partos	22
III.1.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico.....	22
III.1.2. Diagnóstico de Situação: Direitos da Mulher no Bloco de Partos	23
III.1.3. Implementação do Plano de Projeto.....	25
III.1.4. Resultados da Implementação do Projeto	27
III.1.5. Aquisição de Competências	31
III.2. Internamento de Puérperas	33
III.2.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico.....	33
III.2.2. Diagnóstico de Situação: Direitos da Mulher no Internamento de Puérperas	35
III.2.3. Implementação do Plano de Projeto.....	36
III.2.4. Resultados da Implementação do Projeto	37
III.2.5. Aquisição de Competências	38
III.3. Internamento de Grávidas	41
III.3.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico.....	41
III.3.2. Diagnóstico de situação: Direitos da Mulher no Internamento de Grávidas.....	42
III.3.3. Implementação do Plano de Projeto.....	43
III.3.4. Resultados da Implementação do Projeto	45

III.3.5. Aquisição de Competências	49
III.4. Exames da Gravidez de Alto Risco e Exames Especiais de Ginecologia	51
III.4.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico.....	51
III.4.2. Diagnóstico de Situação: Direitos da Mulher na Consulta de Exames da Gravidez de Alto Risco e Exames Especiais de Ginecologia.....	52
III.4.3. Implementação do Plano de Projeto.....	53
III.4.4. Aquisição de Competências	54
III.5. Cuidados de Saúde Primários	55
III.5.1. Caracterização do Contexto do Ensino Clínico	55
III.5.2. Diagnóstico de situação: Direitos da Mulher nos Cuidados de Saúde Primários	57
III.5.3. Implementação do Plano de Projeto.....	59
III.5.4. Resultados da Implementação do Projeto	60
III.5.5. Aquisição de Competências	62
III.6. Intervenções Transversais e Desenvolvimento Profissional Complementar	64
III.6.1. Site “Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal”	64
III.6.2. Formações, Eventos e Publicações	68
III.6.3. Aquisição de Competências	69
IV. Análise Integrada e Discussão dos Resultados do Projeto.....	72
IV.1. Literacia em Direitos no Ciclo Gravídico-puerperal	72
IV.2. Plano de Nascimento como Instrumento de Operacionalização de Direitos	74
IV.3. Do Conhecimento à Experiência	77
V. Considerações Finais.....	79
VI. Referências Bibliográficas	81
Bibliografia	86
APÊNDICES.....	88
Apêndice A – Metodologia de Pesquisa e Prisma da Revisão da Literatura	89
Apêndice B – Porta-chaves <i>Qr Code</i>	91
Apêndice C - Ata Reunião Inicial Bloco de Partos.....	92
Apêndice D – Tabela Plano de Projeto Bloco de Partos: 27/02/2025 a 16/07/2025 - Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.	94
Apêndice E - Tabela Assistência de Enfermagem no Bloco de Partos.....	95

Apêndice F – Roteiro Bloco de Partos sem Plano de Nascimento	96
Apêndice G - Roteiro Bloco de Partos com Plano de Nascimento	103
Apêndice H – Resposta Roteiro Bloco de Partos Sem Plano de Nascimento 1	112
Apêndice I – Resposta Roteiro Bloco de Partos Sem Plano de Nascimento 2	119
Apêndice J – Resposta Roteiro Bloco de Partos Com Plano de Nascimento 3	126
Apêndice K – Formação para Enfermeiros do Bloco de Partos – Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-puerperal: A Nova Lei	136
Apêndice L – Formulário Inicial da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos	176
Apêndice M – Formulário Final da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos	179
Apêndice N - Respostas Formulário Inicial da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos	181
Apêndice O - Respostas Formulário Inicial da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos	183
Apêndice P - Tabela Plano de Projeto Internamento de Puérperas 19/09/2025 a 24/10/2025: Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.	186
Apêndice Q - Ata Reunião Inicial Internamento de Puérperas	187
Apêndice R – Roteiro Internamento de Puérperas Sem Plano de Nascimento	189
Apêndice S – Resposta Roteiro Internamento de Puérperas Sem Plano de Nascimento	197
Apêndice T – <i>Poster</i> Internamento de Puérperas.....	205
Apêndice U - Tabela Plano de Projeto Internamento de grávidas 28/10/2025 a 03/12/2025: Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.	206
Apêndice V - Ata Reunião Inicial Internamento de Grávidas	207
Apêndice W – Roteiro Internamento de Grávidas Sem Plano de Nascimento	209
Apêndice X – Roteiro Internamento de Grávidas Com Plano de Nascimento	217
Apêndice Y – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Sem Plano de Nascimento 1	227
Apêndice Z – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Sem Plano de Nascimento 2	235
Apêndice AA – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Com Plano de Nascimento 3	243

Apêndice AB – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Com Plano de Nascimento 4	253
Apêndice AC – <i>Poster</i> Internamento de Grávidas	263
Apêndice AD – Formação para Enfermeiros do Internamento de Grávidas – Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-puerperal: Plano de Nascimento.....	264
Apêndice AE – Formulário Final Formação para Enfermeiros do Internamento de Grávidas	281
Apêndice AF – Respostas Formulário Final Formação para Enfermeiros do Internamento de Grávidas.....	284
Apêndice AG - Tabela Plano de Projeto Exames Gravidez de Alto Risco/Exames Especiais de Ginecologia 04/12/2025 a 19/12/2025 - Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.	287
Apêndice AH - <i>Poster</i> Exames Gravidez de Alto Risco/Exames Especiais de Ginecologia.....	288
Apêndice AI - Tabela Plano de Projeto Cuidados de Saúde Primários 05/01/2026 a 10/02/2026: Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.	289
Apêndice AJ – Ata Reunião Inicial Cuidados de Saúde Primários	290
Apêndice AK – Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários – Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal e Plano de Nascimento	292
Apêndice AL – Formulário Inicial Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários	306
Apêndice AM – Formulário Final Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários	311
Apêndice AN – Respostas Formulário Inicial Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários	314
Apêndice AO – Respostas Formulário Final Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários	319
Apêndice AP – <i>Poster</i> Cuidados de Saúde Primários.....	322
Apêndice AQ – <i>Site</i> https://inesjordao.carrd.co/	323
Apêndice AR – Formulário <i>Site</i>	349
Apêndice AS – Respostas Formulário <i>Site</i>	355
Apêndice AT – Tabela-síntese Análise Integrada dos Resultados do Projeto	361
Apêndice AU – Plano de Sessão Formação Bloco de Partos.....	362
Apêndice AV - Plano de Sessão Formação Internamento de Grávidas	363
ANEXOS	364

Anexo I - Tabela Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....	365
Anexo II - Tabela Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	372
Anexo III - Tabela Competências de Mestre em Enfermagem.....	377
Anexo IV - Certificado VII Jornadas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa – ULS São José “Obstétrica na atualidade: Que caminhos... Que mudanças...”.	378
Anexo V - Certificado 1º Prémio <i>Poster</i> XXVI Congresso Nacional & X Internacional APEO.....	379
Anexo VI - Certificado 2ª Conferência Internacional APCLC /IBCLC Amamentar fora da caixa: Ao encontro das famílias.....	380
Anexo VII - Certificado Workshop “Maria Antónia Martins – Ferida da Mulher Lactante”	381
Anexo VIII - Comprovativo de Submissão do Artigo Scoping Review.....	382

I. Introdução

A gravidez, o parto e o pós-parto (ciclo gravídico-puerperal) constituem um período de elevada sensibilidade clínica e psicossocial, no qual a qualidade dos cuidados depende, de forma indissociável, da segurança técnico-científica e da salvaguarda dos direitos humanos fundamentais da mulher e do recém-nascido (RN)^{1,2}. Neste enquadramento, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o desrespeito, abuso e maus-tratos em parto institucional como uma violação da dignidade e dos direitos das mulheres, incluindo dimensões como humilhação, falhas de confidencialidade, negligência e intervenções sem consentimento¹.

Em Portugal, este princípio é operacionalizado em referenciais normativos nacionais, com particular ênfase no consentimento informado enquanto processo contínuo e na organização de cuidados ao longo do ciclo gravídico-puerperal, reforçando a centralidade da informação clara, da participação informada e do respeito pela autonomia³.

No plano europeu, relatórios institucionais têm vindo a sinalizar, simultaneamente, limitações na recolha padronizada de dados e a persistência de indicadores de desrespeito e falhas de consentimento informado². No caso português, é reportado que 31,9% das mulheres referiram não ter sido tratadas com dignidade durante o parto e que 62,2% não tiveram o seu consentimento solicitado para a utilização de instrumentos, valores que, mesmo interpretados com prudência metodológica, sustentam a relevância prática do tema². Neste contexto, a Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021 recomenda medidas orientadas para a eliminação da violência obstétrica (VO) e para o reforço do respeito pelos direitos das mulheres nos cuidados⁴.

A escolha desta problemática articula-se diretamente com a área de especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na medida em que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EE-ESMO) atua em múltiplos contextos, com responsabilidade na promoção da saúde, na educação para a parentalidade, na vigilância e assistência especializada à grávida/parturiente/puérpera e na implementação/avaliação de programas de intervenção⁵. Estes objetivos formativos encontram-se explicitados na Unidade Curricular Estágio Profissional com Relatório, que integra igualmente a necessidade de desenvolver o relatório de estágio (RE) com base em evidência científica disponível e com reflexão crítica sobre a prática⁶.

Assim, o presente RE tem como objetivo geral descrever e analisar criticamente o percurso de desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), competências específicas do EE-ESMO (CEEE-ESMO) e competências de Mestre em enfermagem (CME), operacionalizado através da implementação do Projeto Individual de Formação (PIF) centrado na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de situações de desrespeito/VO. Como objetivos específicos, procura-se: Caracterizar os diferentes contextos de ensino clínico (EC) e diagnosticar necessidades relacionadas com literacia em direitos; Descrever a implementação das atividades do plano de projeto (PP) e os resultados locais obtidos; Analisar, de forma integrada, a situação inicial de literacia em direitos e face ao Plano de Nascimento (PN), o efeito imediato dos momentos de educação para a saúde e, quando aplicável, a experiência ou releitura final das mulheres sobre direitos, participação e vivência dos cuidados; e Refletir criticamente sobre as competências mobilizadas e desenvolvidas ao longo do percurso. Neste enquadramento, o RE assenta na implementação do PP em diferentes contextos de EC, articulando revisão da literatura, desenvolvimento de atividades de intervenção e análise crítica dos resultados obtidos.

O RE organiza-se em cinco capítulos: após esta introdução, apresenta-se o enquadramento teórico-conceitual; descreve-se o percurso de desenvolvimento de competências por contexto de EC, incluindo diagnóstico de situação, implementação do projeto, resultados locais e reflexão de competências; procede-se à análise integrada dos resultados do projeto; e, por fim, apresentam-se as considerações finais, limitações e perspetivas de continuidade. A referência bibliográfica adotada no presente relatório segue o estilo *Vancouver*, com aplicação da *NP 405* nos casos de legislação portuguesa em formato eletrónico.

II. Enquadramento Teórico

A VO consolidou-se como conceito no debate académico, político e social, com particular expressão histórica na América Latina, emergindo como resposta feminista e de direitos humanos às práticas de abuso, medicalização excessiva e perda de autonomia das mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério^{7,8}. A literatura internacional descreve esta génese como parte de um movimento de “humanização do parto” e de crítica à apropriação biomédica dos corpos reprodutivos, salientando a normalização institucional de intervenções rotineiras e de práticas coercivas em contextos de forte assimetria de poder^{7,9}.

No início dos anos 2000, o termo VO passou a ser utilizado para designar, simultaneamente, a sobreutilização de intervenções e os maus-tratos das mulheres no parto, incluindo experiências de abuso físico, verbal e psicológico, discriminação e violações do consentimento informado⁷.

A consagração jurídico-política do conceito na Venezuela, em 2007, foi um marco de difusão internacional ao definir a VO como apropriação dos corpos e processos reprodutivos por profissionais de saúde, expressa em tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização de processos naturais, associada à perda de autonomia e capacidade decisória sobre o corpo e a sexualidade⁸. A partir desse momento, a VO passou a circular como categoria específica de violência de género e violência institucional, remetendo para determinantes estruturais e organizacionais que excedem a conduta individual e incluem hierarquias profissionais, cultura institucional e desigualdades de género^{2,7}.

No plano global, o fenómeno tem sido descrito por diferentes molduras conceptuais e terminológicas, destacando-se, por um lado, a linguagem de *mistreatment/disrespect and abuse*, e por outro, a designação explícita de VO^{1,7}. Estas molduras não são meramente semânticas, pois refletem tradições distintas de delimitação do objeto, mobilizando, ora um destaque de qualidade e segurança dos cuidados, ora um destaque de direitos humanos e violência de género^{1,7}. Apesar das diferenças, existe convergência na identificação de núcleos comuns: cuidados sem consentimento, falhas de comunicação e de informação compreensível, violação de privacidade e confidencialidade, humilhação e abuso verbal, discriminação, negligência, e práticas institucionalmente normalizadas que reduzem a autonomia e a participação informada^{1,2,7}.

A OMS reconhece o desrespeito e abuso durante o parto institucional como violação de direitos humanos fundamentais e recomenda ações multissetoriais, incluindo governação, responsabilização institucional, envolvimento das mulheres e formação das equipas, para eliminar práticas abusivas e promover um cuidado respeitador¹. Em articulação com esse enquadramento, as recomendações da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência positiva reforçam a centralidade da comunicação eficaz, da privacidade/confidencialidade, do apoio contínuo e do consentimento informado como componentes essenciais da qualidade e da experiência de cuidado¹⁰. O *Compendium* da OMS sobre cuidado materno e neonatal respeitador consolida esta evolução conceptual, sublinhando que a melhoria de resultados em saúde materna e neonatal exige integrar, de forma indissociável, a provisão clínica e a experiência de cuidado, com destaque em dignidade, autonomia, equidade e não discriminação ao longo de todo o continuum de cuidados⁷.

A relevância do fenómeno é também sustentada por dados quantitativos globais, ainda que marcados por heterogeneidade metodológica e variação regional^{7,11}. Uma meta-análise recente estimou uma prevalência global de VO de 59%, evidenciando simultaneamente elevada heterogeneidade entre estudos e a natureza multifatorial do fenómeno¹¹. No mesmo trabalho, o subdomínio mais prevalente identificado foi a prestação de cuidados sem consentimento, reportado em 37%, reforçando a centralidade do consentimento informado como eixo crítico de prevenção¹¹. Esta evidência quantitativa converge com a perspetiva institucional de que, mesmo em contextos de elevada tecnicidade e de forte normatização clínica, o risco de práticas abusivas e de violações de direitos persiste quando a cultura organizacional, a governação clínica e as condições de trabalho não asseguram cuidado respeitador^{1,7,11}.

No espaço europeu, a conceptualização e a incorporação jurídico-política do tema foram mais tardias e heterogéneas, com coexistência de enquadramentos por “maus-tratos”, “cuidados indignos” e progressiva adoção do termo “*obstetric and gynecological violence*” em relatórios institucionais e movimentos civis^{2,12}. O relatório do Parlamento Europeu sublinha que existem poucos estudos comparáveis e que a ausência de definições comuns e de processos padronizados de recolha de dados limita a comparabilidade entre Estados-Membros². Apesar destas limitações, o mesmo relatório apresenta evidência de formas disseminadas de VO na união europeia, incluindo atos/exames sem consentimento explícito, práticas não baseadas em evidência, procedimentos sem necessidade médica, abuso físico e verbal, negligência, falta de privacidade e restrição de mobilidade ou

ausência de escolha da posição de parto². Em termos ilustrativos, são descritas prevalências relevantes de ausência de consentimento para procedimentos em diferentes Estados-Membros, como 49% na Bélgica para procedimentos médicos em cuidados obstétricos, 42,8% na Alemanha para intervenções não consentidas, ou 51,8% em França para episiotomia sem pedido acordo/consentimento, evidenciando que falhas de consentimento são problema transversal e não circunscrito a contextos de baixos recursos². Noutros indicadores, a mesma fonte reporta perceções de exclusão de decisões e ausência de escolhas, como uma em três mulheres em Itália referirem sentir-se afastadas de decisões fundamentais do parto, reforçando o impacto da assimetria decisória e da participação limitada nas escolhas clínicas². O contexto europeu evidencia simultaneamente reconhecimento crescente do problema e fragmentação normativa/organizacional, o que reforça a relevância de estratégias preventivas que não dependam apenas de mudança legislativa, mas também de práticas clínicas consistentes, comunicação terapêutica e capacitação das mulheres para participação informada^{2,7,12}.

É neste quadro internacional e europeu que Portugal dá um passo normativo distintivo ao aprovar a Lei n.º 33/2025, de 31 de março, consagrando em lei nacional o conceito de VO^{2,3}. A lei define VO de forma ampla, não casuística, como “ação física e verbal” associada a tratamento desumanizado, abuso da medicalização ou patologização de processos naturais, remetendo para o desrespeito do regime de proteção na preconceção, procriação medicamente assistida, gravidez, parto, nascimento e puerpério³. Esta formulação jurídica é relevante por assumir a VO como fenómeno que integra dimensões técnicas e relacionais, e por a ancorar em direitos e deveres, aproximando a prevenção da VO de um modelo de qualidade e segurança centrado na pessoa e na dignidade humana^{1,3,7}.

Em paralelo, a Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021 já recomendava ao Governo a eliminação de práticas de VO e a realização de um estudo sobre as mesmas, evidenciando um reconhecimento político prévio da necessidade de resposta estruturada⁴.

A articulação explícita entre a Lei n.º 33/2025 e a Lei n.º 15/2014 é central para compreender a operacionalização da prevenção em Portugal^{3,13}. A Lei n.º 15/2014 consolida direitos dos utentes dos serviços de saúde, incluindo informação clara e adequada, participação na tomada de decisão, consentimento informado, confidencialidade e respeito pela dignidade, bem como direitos específicos no contexto do parto, como o acompanhamento¹³. Assim, a Lei n.º 33/2025 não se limita a “nomear” a VO, mas integra-a num regime de proteção de direitos e institui deveres reforçados,

como a disponibilização de informação escrita e visível sobre direitos e mecanismos de denúncia, reforçando a dimensão preventiva baseada em literacia e transparência institucional³. A prevenção normativa passa, por conseguinte, a depender da efetivação prática de direitos que já existiam, mas que necessitam de operacionalização organizacional, comunicação clínica consistente e rastreabilidade de decisões^{2,3,13}.

Do ponto de vista técnico-normativo, o consentimento informado é um eixo estruturante deste modelo, devendo ser compreendido como processo e não como ato administrativo isolado^{3,14}. A Norma n.º 015/2013 da DGS define o consentimento informado, esclarecido e livre como exigindo comunicação adequada e compreensível, explicitação de benefícios, riscos e alternativas, bem como o respeito pelo direito à recusa e pela revogação do consentimento, aspetos particularmente relevantes em contexto intraparto, onde a evolução clínica pode exigir reavaliações sucessivas¹⁴. Esta perspetiva converge com as recomendações internacionais que enfatizam consentimento informado e comunicação eficaz como pilares do cuidado respeitador e da experiência positiva no parto^{7,10}. Consequentemente, a prevenção da VO não se limita a evitar atos extremos, mas exige assegurar, na rotina assistencial, condições reais para decisão informada: tempo, privacidade, informação compreensível, linguagem respeitosa, e participação efetiva nas opções possíveis^{1,7,14}.

Neste enquadramento, o PN assume relevância particular como instrumento de operacionalização de direitos e de tradução da informação em decisões concretas^{3,15}. Os documentos da DGS relativos à preparação para o parto e parentalidade incluem modelos e orientações para a construção do PN, concebendo-o como registo personalizado e voluntário de desejos e preferências relativamente ao trabalho de parto (TP), parto, nascimento e pós-parto, devendo ser construído com apoio de profissionais e com base em informação adequada¹⁵. O PN permite explicitar preferências informadas sobre mobilidade, posições de parto, estratégias de conforto, analgesia, presença de acompanhante e aceitação/recusa de intervenções frequentes, contribuindo para estruturar antecipadamente o diálogo clínico e reduzir a probabilidade de decisões não discutidas^{10,15}. A sua utilidade depende, contudo, de condições organizacionais e de cultura de cuidado, incluindo capacidade de negociação, documentação adequada e reavaliação contínua do consentimento quando ocorrem mudanças clínicas^{7,14}. A Lei n.º 33/2025 reforça esta dimensão ao exigir registo e justificação de desvios significativos às preferências previamente expressas e às boas práticas, reforçando transparência e auditabilidade clínica e institucional³.

Para além dos direitos e instrumentos, é necessário compreender os determinantes estruturais e organizacionais que sustentam a VO e explicam a sua persistência mesmo em sistemas com elevada tecnicidade^{2,7}. O relatório do Parlamento Europeu enquadra a VO e ginecológica como situada na convergência de duas crises estruturais - violência de género e subfinanciamento/sub-recursos dos sistemas de saúde - salientando que muitas práticas violentas são facilitadas por contextos organizacionais que normalizam comportamentos abusivos e reduzem condições para cuidado respeitador². A OMS sublinha que a eliminação do desrespeito e abuso requer abordar determinantes sistémicos, incluindo condições de trabalho, liderança, formação e mecanismos de responsabilização, sob pena de intervenções isoladas não produzirem mudança sustentada^{1,7}. Em paralelo, abordagens críticas na literatura descrevem como a cultura hospitalar pode naturalizar intervenções rotineiras e atitudes paternalistas, com consequente erosão de autonomia e participação informada das mulheres⁹. Este enquadramento é particularmente relevante no continuum de vigilância pré-natal, onde a crescente tecnicidade e medicalização podem reforçar perceções de risco inerente e induzir práticas de padronização, exigindo que a informação seja disponibilizada de modo compreensível e contextualizado para sustentar escolhas informadas^{7,9,14}. A existência de assimetrias no acesso e na organização de rastreios e exames em Portugal reforça a necessidade de políticas e práticas consistentes de informação e equidade, reduzindo vulnerabilidades decorrentes de literacia desigual e de organização heterogénea de cuidados^{16,17}.

A relevância do problema no contexto português é também sustentada por evidência empírica nacional, que permite densificar o debate para além de formulações normativas¹⁸. Numa dissertação realizada em Portugal, 74,1% das participantes reportaram ter experienciado pelo menos uma forma de VO, e foi reportada uma média de 5,76 formas por mulher, sugerindo um padrão cumulativo de experiências negativas e não apenas ocorrências episódicas¹⁸. As tipologias mais frequentes foram o uso inapropriado de procedimentos (67,4%), a violência psicológica (57,0%) e a negligência (55,8%), apontando para uma combinação de dimensões técnicas, comunicacionais e organizacionais¹⁸. Os mesmos dados indicam que o fenómeno não se reduz a eventos de violência física, mas inclui formas veladas e normalizadas de desrespeito, ausência de informação e falhas de consentimento, compatíveis com a conceptualização internacional de *mistreatment* e centradas na autonomia e dignidade^{1,7,18}.

As consequências da VO reverberam na saúde física, mental e relacional, com efeitos potenciais no pós-parto e na relação com os serviços^{1,7,18}. Estudos observacionais identificam associação entre experiências de violência/desrespeito durante o parto e maior risco de depressão pós-parto, sugerindo que a VO deve ser analisada como determinante de saúde mental materna e não apenas como questão ética ou jurídica^{19,20}. No contexto português, é reportado elevada proporção de sintomatologia compatível com depressão pós-parto entre mulheres que relataram VO, reforçando a pertinência do tema para a saúde pública e para a qualidade assistencial¹⁸.

Para além da saúde mental, o fenómeno pode comprometer a confiança nos serviços, aumentar a evitação de cuidados futuros e influenciar decisões reprodutivas subsequentes, o que se alinha com a preocupação institucional em restaurar confiança, responsabilização e melhoria contínua da qualidade^{1,2,7}.

Deste modo, a problemática que estrutura o presente trabalho decorre de uma tensão central evidenciada pela literatura e pelos referenciais normativos: se a VO inclui, de forma recorrente, falhas de informação, de consentimento e de participação informada, então estratégias centradas na literacia em direitos e na formalização de preferências podem funcionar como mecanismos preventivos^{1,3,7,14}. Todavia, a relação entre “informação” e “prevenção” não é automática, pois depende de fatores mediadores - cultura institucional, condições de trabalho, qualidade da comunicação, acessibilidade da informação e capacidade de negociação - exigindo análise crítica da evidência disponível^{2,7,14}. É neste ponto que se justifica a revisão da literatura orientada para compreender em que medida a informação e o conhecimento dos direitos, bem como o PN enquanto instrumento concreto de decisão partilhada, se associam a menor exposição a práticas abusivas/desrespeitosas e a melhores experiências de parto no ciclo gravídico-puerperal^{3,7,15,18}.

II.1. Conhecimento Sobre Direitos no Ciclo Gravídico-puerperal como Prevenção da Violência Obstétrica: Revisão da Literatura

A metodologia de pesquisa adotada foi estruturada de forma sistemática, integrando a definição da estratégia de pesquisa, a aplicação de critérios de inclusão e exclusão e o processo sequencial de identificação, triagem e seleção dos estudos, em conformidade com as recomendações PRISMA, sendo a sua descrição detalhada apresentada no Apêndice A.

Quanto aos resultados, apesar da heterogeneidade de países, populações e desenhos metodológicos, a evidência analisada converge em três eixos interpretativos centrais: déficit de conhecimento sobre VO e direitos, e consequente normalização/subnotificação; educação, literacia e dispositivos de empoderamento como estratégias protetoras; e formação dos profissionais e cultura institucional como condições necessárias para que o conhecimento se traduza em proteção efetiva²¹⁻²⁹.

A revisão evidencia, antes de mais, que a VO constitui um fenómeno frequente, multifacetado e transversal a diferentes contextos de cuidado^{21,22,27,28}. Não se limita a episódios extremos ou facilmente reconhecíveis, incluindo também formas subtis de desrespeito, omissão, paternalismo, comunicação inadequada, privação de acompanhante, ausência de consentimento informado e fragilidade relacional^{21,22,26-28}. A meta-análise mais recente estimou que mais de metade das mulheres experienciam maus-tratos ou desrespeito durante o parto, destacando-se, entre os subdomínios mais prevalentes, a não permissão de acompanhante e a má relação entre mulheres e profissionais²¹.

Um dos resultados mais consistentes da revisão é a dificuldade em reconhecer e nomear a VO, quer pelas mulheres, quer pelos próprios profissionais ou estudantes em formação^{22,26,29}. Os estudos mostram que as formas mais visíveis, protocolizadas ou socialmente reconhecidas tendem a ser mais facilmente identificadas, enquanto formas subtis ou “invisíveis”, expressas por gestos, omissões, atitudes paternalistas, silenciamento ou rotinas não explicadas, apresentam menor perceção e maior risco de normalização²⁶. A falta de conhecimento sobre o tema e sobre os direitos da mulher favorece essa invisibilidade, contribuindo para que experiências objetivamente desrespeitadoras sejam reinterpretadas como “normais”, inevitáveis ou dependentes da vontade dos profissionais e das instituições^{22,29}.

A literatura sugere também que a VO não pode ser compreendida apenas como falha individual de comunicação ou conduta, mas como fenómeno sustentado por fatores estruturais, organizacionais, culturais e formativos^{22,24-26}. Estes fatores incluem medicalização excessiva, hierarquias profissionais rígidas, fragilidade dos processos comunicacionais, insuficiente supervisão ética e relacional, escassez de recursos e normalização institucional de práticas pouco respeitadoras^{22,24-26}. Em particular, os estudos realizados com estudantes e residentes mostram que a exposição repetida a práticas de VO durante a formação pode favorecer a sua naturalização por aprendizagem vicária, sobretudo quando não existem espaços de reflexão crítica, orientação clara ou

segurança para questionar práticas observadas²⁶. Neste sentido, a prevenção da VO exige não apenas mais formação, mas também revisão dos próprios contextos de EC e das culturas profissionais que legitimam práticas abusivas ou silenciosamente toleradas^{25,26,29}.

Outro resultado relevante da revisão prende-se com a dimensão relacional do fenómeno^{21,22,27,28}. A VO não se expressa apenas por atos técnicos agressivos ou intervenções sem consentimento, mas também por frieza relacional, ausência de escuta, desvalorização das emoções da mulher, exposição do corpo, isolamento emocional e enfraquecimento da confiança na equipa^{22,27,28}. A exclusão do acompanhante e a má relação entre mulheres e profissionais surgem, inclusivamente, como áreas centrais de vulnerabilidade²¹. Este aspeto é particularmente importante porque desloca a análise da VO de uma lógica exclusivamente procedimental para uma compreensão mais ampla, onde a qualidade relacional do cuidado constitui dimensão central de dignidade, segurança e proteção^{21,22,27,28}.

A revisão evidencia ainda que o impacto da VO ultrapassa claramente a ideia de um “mau momento” ou de uma mera insatisfação pontual^{21,27,29}. Para além da associação já descrita com sofrimento emocional no pós-parto, a literatura aponta para trauma, medo de futuras gravidezes ou partos, frustração, raiva, perda de confiança nos profissionais e no sistema de saúde, e vivências ambivalentes em que a alegria pelo nascimento coexiste com feridas emocionais persistentes^{21,27}. Este alargamento da compreensão do impacto é importante, porque impede leituras redutoras do problema e reforça a necessidade de o abordar como questão simultaneamente clínica, ética, relacional e de saúde mental^{21,27,29}.

Também emergem da revisão alguns fatores protetores concretos e modificáveis²⁴. A educação pré-natal, a presença de acompanhante/familiar, a possibilidade de expressão ativa de necessidades pela mulher e a melhoria da comunicação profissional surgem como elementos associados a menor vulnerabilidade a experiências de VO^{23,24}. Em paralelo, os estudos sobre tecnologias educativas apontam para o potencial de materiais com linguagem acessível, dialógica e centrada nos direitos como estratégias promotoras de autonomia, protagonismo e capacidade de recusa informada²³. Estes achados são particularmente relevantes para o presente projeto, porque sustentam a aposta em educação para a saúde, em recursos digitais e em dispositivos que aproximem a informação jurídica e ética da experiência concreta das mulheres^{23,24}.

Outro ponto evidenciado foi que a VO pode assumir contornos discriminatórios e interseccionais^{23,26}. Os estudos identificam discriminação associada ao peso, idade, opinião da mulher e outras formas de desigualdade, mostrando que a vulnerabilidade não

é homogênea e que determinadas mulheres podem estar mais expostas a práticas desrespeitadoras ou à desvalorização da sua palavra²⁶. Esta leitura reforça que a prevenção da VO exige sensibilidade às diferenças culturais, sociais e contextuais, e não apenas aplicação abstrata de protocolos ou princípios gerais^{22,25,26}.

Finalmente, a literatura converge na ideia de que a prevenção da VO depende de estratégias multidimensionais e de responsabilização partilhada²⁵. Não basta informar as mulheres se os profissionais não forem preparados para reconhecer, prevenir e reparar práticas desrespeitadoras²⁵. Também não basta formar profissionais isoladamente se não existirem mecanismos organizacionais de *accountability*, espaços de *advocacy*, avaliação dos serviços, educação permanente e reforço da participação social na vigilância do respeito pelos direitos²⁵. A VO emerge, assim, como problema de governação clínica, ética e institucional, cuja prevenção exige ação simultânea sobre mulheres, profissionais, serviços e contextos de formação^{21,24,25}.

II.1.1. Literacia em Direitos: Potencial e Limites na Prevenção da Violência Obstétrica

A literatura analisada sustenta que o conhecimento dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal constitui um eixo central de prevenção da VO, na medida em que pode reduzir a naturalização de práticas desrespeitadoras, aumentar a capacidade de reconhecimento e nomeação da violência e favorecer participação informada no processo de cuidados²¹⁻²⁹.

Os estudos qualitativos e de revisão mostram que o desconhecimento de direitos básicos favorece uma posição de sujeição e facilita a interpretação de práticas abusivas como inerentes ao parto, ao internamento ou à autoridade técnica dos profissionais^{22,27-29}. Quando a mulher não dispõe de linguagem, referências ou enquadramento prévio para compreender o que lhe está a acontecer, tende a aceitar como “normal” aquilo que pode corresponder a ausência de consentimento, limitação da autonomia, comunicação desadequada ou negação de escolhas^{22,29}. Esta limitação da literacia dificulta não apenas a prevenção, mas também a capacidade de reconhecer, nomear e reportar experiências de VO, contribuindo para a sua subnotificação e para a manutenção da sua invisibilidade social e clínica^{24,29}.

A evidência quantitativa reforça esta leitura ao mostrar elevada prevalência de formas de maus-tratos e desrespeito durante o parto, incluindo cuidados não consentidos, limitação da presença de acompanhante e défices na relação entre mulheres e

profissionais²¹. Embora estes dados não permitam, por si só, estabelecer uma relação causal direta entre desconhecimento e violência, sustentam a relevância preventiva de estratégias que reforcem a compreensão dos direitos, da participação e do consentimento informado^{21,24}. Em paralelo, os estudos qualitativos mostram que a falta de informação e o medo de falar dificultam a contestação de práticas abusivas e favorecem a permanência de relações assimétricas de poder entre profissionais e mulheres^{25,29}.

Neste contexto, a educação pré-natal e a literacia em saúde surgem como dispositivos particularmente relevantes de prevenção²⁴. A evidência sugere que a participação em programas de educação pré-natal e a existência de espaços educativos estruturados se associam a maior capacidade de expressar necessidades, formular perguntas, questionar condutas e participar nas decisões²⁴. Adicionalmente, a criação de materiais e tecnologias educativas acessíveis, centradas em direitos e em situações que caracterizam VO, é apresentada como estratégia promotora de autonomia, protagonismo e poder de recusa informada^{23,29}. Estes recursos tornam-se particularmente úteis quando utilizam linguagem clara, próxima da experiência das mulheres e orientada para a identificação concreta de comportamentos, limites e possibilidades de ação²³.

A revisão sugere, assim, que o conhecimento dos direitos pode atuar como condição de visibilidade e de proteção subjetiva, ao permitir à mulher compreender que determinadas práticas não são inevitáveis nem legitimadas apenas pelo contexto clínico^{24,29}. Conhecer os direitos não elimina automaticamente a ocorrência de VO, mas aumenta a probabilidade de reconhecer sinais de desrespeito, de se posicionar perante condutas inadequadas e de procurar apoio ou esclarecimento quando necessário^{24,25,29}. Neste sentido, o conhecimento funciona como mecanismo de deslocação da mulher de uma posição de passividade para uma posição de maior empoderamento no encontro clínico^{23-25,29}.

Contudo, a literatura também mostra que a eficácia preventiva do conhecimento não é automática nem suficiente por si só^{21,24-26}. O efeito protetor da literacia depende da existência de contextos relacionais e institucionais que permitam transformar esse conhecimento em possibilidade real de escolha, recusa e participação no cuidado^{21,24-26}. Quando a comunicação é escassa, a cultura profissional é hierárquica, ou os contextos formativos e organizacionais normalizam práticas desrespeitadoras, o conhecimento das mulheres pode aumentar a sua capacidade de reconhecer a violência, sem conseguir impedir a sua ocorrência^{25,26}. Ainda assim, os estudos convergem em considerar que

maior literacia em direitos constitui condição necessária para reduzir a tolerância à VO e fortalecer a participação informada das mulheres no ciclo gravídico-puerperal^{23-25,29}.

II.1.2. Plano de Nascimento e Prevenção da Violência Obstétrica

Embora nem todos os artigos incluídos na revisão tenham o PN como objeto central, a evidência analisada permite identificá-lo como um instrumento relevante de operacionalização dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal²¹⁻²⁹. Neste sentido, o seu potencial preventivo não decorre apenas da existência de um documento escrito, mas também da possibilidade de transformar conhecimento abstrato sobre direitos em preferências explicitadas, escolhas antecipadas e limites previamente comunicados à equipa^{23-25,29}.

A literatura sugere que estratégias educativas desenvolvidas no pré-natal favorecem autonomia, protagonismo e capacidade de recusa informada, criando condições para que a mulher compreenda melhor o que pode aceitar, questionar ou recusar durante o TP e parto^{23,24}. Neste enquadramento, o PN pode ser entendido como uma ferramenta que organiza essas preferências e facilita a sua comunicação em contexto assistencial^{24,29}. Ao permitir explicitar aspetos como presença de acompanhante, informação prévia, consentimento, posições no TP, contacto pele-a-pele ou apoio à amamentação, o PN contribui para tornar visíveis direitos que, de outro modo, poderiam permanecer pouco nomeados ou pouco operacionalizados^{23,29}.

A revisão permite ainda compreender que o potencial preventivo do PN se relaciona com a redução da assimetria informativa e relacional entre mulher e profissionais^{24,29}. Quando a mulher chega ao contexto assistencial com preferências refletidas e enunciadas, aumenta a probabilidade de discussão prévia, clarificação de expectativas e participação mais ativa nas decisões^{24,29}. Esta função é coerente com os estudos que associam educação pré-natal, apoio/companhia no parto e maior capacidade de expressão de necessidades a menor probabilidade de experiências de VO²⁴. Assim, o PN pode reforçar a literacia em direitos não apenas por veicular informação, mas por a converter em linguagem prática de negociação e decisão partilhada^{24,29}.

Contudo, a literatura também mostra que o efeito protetor do PN não é automático nem suficiente por si só^{21,24-26}. Tal como sucede com o conhecimento dos direitos em sentido mais amplo, a sua eficácia depende de contextos profissionais e institucionais capazes de reconhecer legitimidade às preferências da mulher, comunicar de forma clara, justificar clinicamente os desvios ao previsto e garantir consentimento informado

contínuo^{21,24-26}. Quando a cultura assistencial permanece hierárquica, quando a comunicação é insuficiente ou quando práticas desrespeitadoras se encontram naturalizadas, a existência do PN pode aumentar a capacidade de reconhecer o desrespeito sem conseguir impedir a sua ocorrência^{25,26}.

Deste modo, a revisão sustenta que o PN deve ser compreendido como instrumento relacional e preventivo, e não como garantia formal de proteção^{23-25,29}. O seu valor reside no favorecimento da preparação antecipatória, explicitação de preferências, visibilidade dos direitos e maior participação da mulher no encontro clínico^{24,29}. Quando integrado em processos educativos, discutido em contexto pré-natal e reconhecido pelos profissionais como expressão legítima da vontade da mulher, o PN pode constituir uma ferramenta relevante de prevenção da VO^{23-25,29}. Quando, pelo contrário, é ignorado, desvalorizado ou tratado como documento meramente simbólico, o seu potencial protetor tende a ficar comprometido^{21,24-26}.

II.1.3. Implicações para o Projeto

A revisão da literatura sustentou a definição do foco central do presente projeto na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, partindo do pressuposto de que o baixo nível de literacia em direitos, a dificuldade em reconhecer práticas desrespeitadoras e a fraca operacionalização do PN constituem vulnerabilidades relevantes no percurso assistencial²¹⁻²⁹. Neste sentido, a evidência analisada justificou a opção por uma intervenção centrada na educação para a saúde, na clarificação dos direitos e na valorização do PN como instrumento de organização de preferências, participação informada e reforço da autonomia^{23-25,29}.

A literatura mostrou igualmente que o potencial preventivo do conhecimento e do PN depende de condições relacionais, profissionais e institucionais que permitam a sua tradução em cuidado efetivamente respeitador^{21,24-26}. Por essa razão, o projeto não foi delineado apenas para intervir junto das mulheres, mas também para produzir materiais de apoio acessíveis, promover momentos de sensibilização/formação e criar recursos que facilitassem a circulação da informação em diferentes contextos assistenciais^{23,25}. A inclusão de um recurso digital, de materiais de divulgação e de momentos educativos em contextos hospitalares e de CSP decorre diretamente desta necessidade de tornar a informação mais acessível, mais precoce e mais facilmente mobilizável ao longo do percurso gravídico-puerperal^{23,25,29}.

A revisão sustentou ainda a pertinência de desenvolver o projeto em vários momentos do ciclo gravídico-puerperal, e não apenas no contexto do TP e parto. A evidência sugere que a preparação antecipada, a possibilidade de refletir sobre preferências antes da admissão hospitalar e a existência de espaços de esclarecimento no pré-natal podem favorecer maior participação e menor tolerância a práticas desrespeitadoras^{23,24,29}. Em coerência com estes achados, o projeto foi implementado em contextos distintos - hospitalares, CSP e recurso digital - procurando captar diferentes momentos de contacto das mulheres com os serviços e diferentes oportunidades de intervenção educativa.

Por fim, a revisão da literatura reforçou a necessidade de uma abordagem metodológica capaz de articular compreensão inicial, efeito imediato da informação e impacto percebido ou vivido da mesma. Esta implicação esteve na base da construção dos instrumentos de recolha e da opção por analisar os dados segundo uma matriz comum, adaptada aos diferentes EC, permitindo compreender não apenas o que as mulheres sabiam antes da intervenção, mas também de que forma a informação recebida e, quando aplicável, o PN foram percebidos como influenciando a experiência de cuidados e a prevenção de situações de VO^{21,24,29}.

É neste quadro que o projeto de intervenção do EE-ESMO, centrado na promoção do conhecimento de direitos e na sua operacionalização em contexto de parto, se ancora na evidência disponível e se articula com o enquadramento legal português e com recomendações internacionais de cuidados de maternidade respeitadores^{1,3,7,13,21-29}.

II.2. Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), desenvolvida por *Madeleine Leininger*, constitui-se como uma teoria de médio-alcance que articula enfermagem e antropologia para orientar cuidados culturalmente congruentes, benéficos e seguros para pessoas e grupos em contextos diversos^{30,31}. Parte do pressuposto de que o cuidado representa a essência da enfermagem e que é impossível prestar cuidados de qualidade sem compreender os significados culturais, valores, crenças e práticas associadas à saúde, doença, nascimento, sofrimento e morte em cada cultura^{30,31}. A teoria reconhece que existem padrões próprios de cuidado - modos de agir, rituais, expectativas e significados - que variam amplamente entre culturas (diversidade), mas partilham elementos comuns a todos os seres humanos (universalidade), desafiando

o enfermeiro a ajustar a prática às necessidades concretas daquela mulher, família ou comunidade^{30,31}.

Os conceitos centrais da TDUCC são claros e consistentes com a prática de enfermagem^{30,31}. Cultura refere-se ao conjunto dinâmico de crenças, valores e normas aprendidas e partilhadas que orientam pensamentos, decisões e ações; Cuidado e cuidar descrevem comportamentos de assistência, apoio e capacitação para melhorar condições de vida ou enfrentar incapacidade e morte; Cuidado cultural integra crenças e expressões que mantêm o bem-estar ou lidam com transições vitalícias; Diversidade cultural do cuidado capta a variabilidade de significados e práticas entre culturas; e Universalidade cultural do cuidado identifica padrões comuns que fundamentam intervenções gerais^{30,31}. Esta teoria critica o metaparadigma tradicional da enfermagem (pessoa, ambiente, saúde, enfermagem) por não centralizar o cuidado e negligenciar grupos, famílias e instituições, propondo uma visão holística que sempre considera o contexto cultural^{30,31}.

O Modelo *Sunrise*, representação visual da teoria, funciona como mapa cognitivo para identificar fatores que influenciam o cuidado: tecnológicos (ex.: medicalização), religiosos/filosóficos (ex.: crenças sobre dor no parto); de parentesco/sociais (ex.: redes de apoio familiar); culturais/estilo de vida (ex.: significados da maternidade); políticos/legais (ex.: direitos reprodutivos); económicos (ex.: recursos dos serviços); e educativos (ex.: literacia em saúde)^{30,31}. Estes fatores moldam visões de mundo, crenças sobre saúde/doença e práticas de cuidado, tanto das utentes como dos profissionais^{30,31}. A TDUCC propõe três modos de decisão/ação para alcançar congruência cultural: preservação/manutenção de práticas benéficas; acomodação/negociação entre cultura da utente e exigências clínicas; e reestruturação/repadronização de práticas prejudiciais por modalidades mais saudáveis^{30,31}.

II.2.1. A Violência Obstétrica e os Direitos da Mulher na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: Implicações para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A TDUCC adequa-se à análise da VO e dos direitos da mulher, na medida em que permite compreender a VO como expressão de cuidado não congruente, isto é, de um cuidado que desconsidera os valores, significados, necessidades, direitos e preferências da mulher no ciclo gravídico-puerperal^{22,30,31}. Nesta perspetiva, a VO não se reduz a episódios isolados de desrespeito, mas pode ser entendida como resultado da imposição de uma cultura profissional biomédica, hierarquizada e centrada no controlo técnico sobre

a experiência da mulher, com impacto na comunicação, no consentimento, na autonomia e na vivência do parto^{1,7,22,30,31}.

A adequação desta teoria ao tema torna-se particularmente clara quando a VO é lida como cuidado culturalmente inadequado, relacionalmente empobrecido e institucionalmente sustentado^{22,30,31}. A aplicação explícita da TDUCC a relatos de puérperas permitiu identificar, na VO, falhas comunicacionais, desumanização, exposição corporal, ausência de acompanhante e déficit de informação sobre direitos, com repercussões na fragilização do cuidado, na insatisfação com os serviços e na percepção de sofrimento evitável^{22,31}. Nesta leitura, a violência não se limita ao ato técnico, podendo manifestar-se também na forma como a mulher é escutada, exposta, informada, acompanhada ou silenciada^{22,31}.

À luz do Modelo Sunrise, este fenómeno pode ser interpretado como resultante da interação de múltiplos fatores tecnológicos, educativos, político-legais, culturais, sociais e económicos, que moldam simultaneamente as práticas dos profissionais e as possibilidades de participação das mulheres^{13,22,30,31}. Os fatores tecnológicos ajudam a compreender a centralidade de intervenções rotinizadas e da medicalização do parto; os fatores educativos evidenciam o peso do desconhecimento sobre direitos e sobre o próprio processo de TP e parto; os fatores político-legais remetem para a aplicação inconsistente de leis e normas; os fatores culturais ajudam a interpretar a naturalização do sofrimento, da obediência e da submissão; e os fatores económicos e organizacionais permitem compreender o impacto de serviços sobrecarregados e rotinas institucionais rigidificadas^{13,22,30,31}.

A teoria mostra ainda que a percepção da VO é culturalmente mediada^{22,30,31}. Crenças como “o médico sabe melhor” ou “parto dói mesmo”, associadas a relações hierárquicas e, por vezes, a desigualdades de género e discriminação, podem favorecer a aceitação velada de abusos, como toques repetidos, ausência de analgesia, falta de explicação ou negação de preferências previamente expressas^{1,2,7,22}. Neste sentido, a VO não é apenas falha técnica ou ética pontual; é também expressão de um contexto em que significados culturais, relações de poder e práticas institucionais interferem com a possibilidade de cuidado congruente^{22,30,31}.

O contexto ambiental hospitalar pode igualmente ser compreendido, na TDUCC, como parte constitutiva do problema. A presença de múltiplos observadores, a exposição corporal, a violação da privacidade, o desconforto e a falta de controlo sobre o ambiente de parto constituem exemplos concretos de incongruência entre as necessidades da

mulher e a forma como o cuidado é organizado^{22,31}. Quando articulados com uma visão profissional que trata o parto predominantemente como evento patológico sob controle técnico, estes fatores podem agravar a vulnerabilidade da mulher e comprometer a experiência de cuidado^{7,19,20,22}.

É neste enquadramento que o papel do EE-ESMO adquire especial relevância. Enquanto profissional com competências específicas na vigilância da gravidez, TP, parto, puerpério e cuidados ao RN, o EE-ESMO encontra-se numa posição privilegiada para promover cuidados congruentes com os direitos, valores e preferências da mulher, articulando segurança clínica, comunicação terapêutica, decisão partilhada e respeito pela autonomia^{5,6,30,31}. Esta atuação é coerente com os princípios da TDUCC, na medida em que exige reconhecer a mulher como sujeito de direitos, compreender o contexto cultural e relacional em que se insere e intervir de forma a proteger práticas benéficas, negociar adaptações possíveis e transformar práticas prejudiciais^{30,31}.

No modo de preservação/manutenção, o EE-ESMO tem responsabilidade em identificar e apoiar práticas, valores e preferências da mulher que sejam benéficos e compatíveis com cuidado seguro, como a presença do acompanhante, a liberdade de movimentos, a escolha de posições, o contacto pele-a-pele e o apoio à amamentação, quando clinicamente possível^{1,3,7,13,14,30,31}. No modo de acomodação/negociação, compete-lhe criar espaço para diálogo, esclarecer dúvidas, explicar procedimentos, negociar preferências e integrar instrumentos como o PN na interação clínica, favorecendo consentimento informado contínuo e participação ativa da mulher^{3,13,14,30,31}. No modo de reestruturação/repadronização, cabe-lhe questionar práticas institucionalmente normalizadas que comprometam dignidade, autonomia e respeito, propondo alternativas mais congruentes, mais humanizadas e mais alinhadas com os direitos da mulher^{1,7,22,24-26,30,31}.

Nesta perspetiva, o EE-ESMO não atua apenas como executor técnico de cuidados, mas como mediador entre evidência, direitos, cultura profissional, organização dos serviços e experiência singular da mulher^{5,6,30,31}. O seu papel inclui, por isso, educação para a saúde, advocacia clínica, promoção da literacia em direitos, apoio à elaboração e discussão do PN, facilitação da comunicação entre mulher e equipa e identificação de práticas que necessitam de ser revistas à luz do cuidado respeitador^{1,3,7,13,14,24-26}. Quando assume esta função, o EE-ESMO contribui não apenas para mitigar episódios de desrespeito, mas para transformar a lógica do cuidado, deslocando-o de uma prática

centrada exclusivamente no controlo técnico para uma prática orientada para a pessoa, para a relação e para os direitos^{30,31}.

É neste sentido que o presente PP se inscreve na TDUCC. Ao centrar-se na promoção do conhecimento dos direitos da mulher, na valorização do PN e na criação de oportunidades educativas e relacionais em diferentes contextos do ciclo gravídico-puerperal, o projeto procura operacionalizar, em contexto de prática avançada, uma resposta congruente com os pressupostos teóricos de Leininger e com as competências do EE-ESMO^{5,6,30,31}.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências

O percurso desenvolvido no presente RE traduz um processo intencional, progressivo e reflexivo de desenvolvimento das CCEE, das CEEE-ESMO e das CME, em consonância com o plano de estudos do ciclo de estudos. Este percurso concretizou-se através da implementação do PP, previamente delineado e desenvolvido de forma contínua nos diferentes contextos de EC, tendo como eixo estruturante a promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, enquanto dimensão central da qualidade dos cuidados e da prevenção de situações de VO.

Em cada EC, as atividades foram planeadas de forma coerente com os objetivos gerais e específicos definidos no PIF e ajustadas às características dos contextos assistenciais, à organização dos serviços e ao momento do ciclo gravídico-puerperal em que as mulheres se encontravam, culminando no PP. Assim, as tabelas inicialmente elaboradas no âmbito do PIF foram reformuladas para refletirem o PP efetivamente implementado em cada contexto, preservando os objetivos e adequando atividades, recursos e estratégias de avaliação, de modo a garantir exequibilidade e pertinência das intervenções (Apêndices D, P, U, AG, AI). Paralelamente, as CCEE, as CEEE-ESMO e as CME foram sistematizadas em tabelas próprias, anexas ao RE (Anexos I, II e III), com o objetivo de facilitar a leitura do percurso de desenvolvimento profissional e a articulação entre atividades desenvolvidas, reflexão crítica e competências mobilizadas.

Em todos os contextos, a intervenção centrou-se na promoção da literacia em direitos, na abordagem do PN e na criação de oportunidades de diálogo e capacitação/empoderamento, integrando igualmente a conceção e disponibilização de um recurso informativo digital: um *site* dedicado aos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, acessível via *QR* code disponibilizado num porta-chaves entregue às participantes.

A recolha de informação foi integrada na prática clínica quotidiana, recorrendo predominantemente a roteiros estruturados, preenchidos após a interação com as mulheres, e, em contextos específicos, a formulários estruturados aplicados em formato individual e em grupo, em ambiente online. Esta opção metodológica permitiu adequar a recolha à sensibilidade do tema e à vulnerabilidade emocional associada ao TP, parto e pós-parto, privilegiando uma abordagem relacional centrada no diálogo, escuta ativa e adaptação às necessidades expressas, sem comprometer o desenvolvimento do projeto face aos constrangimentos temporais do EC.

A análise dos dados empíricos foi organizada a partir de uma matriz analítica comum aos diferentes contextos de EC, construída segundo os momentos previstos nos roteiros e adaptada ao tipo de dados disponível em cada contexto. A leitura dos resultados foi estruturada em três momentos: momento 1 - situação inicial antes da intervenção, incluindo literacia prévia em direitos, fontes de informação, direitos reconhecidos, dúvidas manifestadas e situação face ao PN; momento 2 - efeito imediato do momento de educação para a saúde, incluindo avaliação da intervenção e impacto percebido da informação recebida e, quando aplicável, do PN; e momento 3 - resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva, incluindo vivência do cuidado, perceção de respeito/desrespeito/VO e influência do conhecimento dos direitos e, quando aplicável, do PN.

Atendendo à natureza formativa do RE, foram assegurados princípios ético-operacionais transversais: registos anonimizados e codificados, sem identificadores diretos; não identificação de instituições/serviços no texto; participação baseada em assentimento verbal e contextual, com explicitação do objetivo académico e garantia de ausência de repercussões na recusa; e utilização exclusiva para fins académicos, sem divulgação externa nem partilha de resultados com instituições, para além da apresentação prévia do projeto e da autorização para a sua implementação. Nos subcapítulos subsequentes, o percurso será apresentado por contexto de EC, evidenciando diagnóstico, objetivos operacionais, atividades, resultados locais e reflexão sobre as competências mobilizadas, sendo a análise integrada dos dados e a discussão aprofundada do contributo do conhecimento dos direitos e do PN desenvolvidas em capítulo próprio.

Importa explicitar que a operacionalização do PP não assumiu a mesma amplitude em todos os contextos de EC. Nos contextos com possibilidade de intervenção direta junto das utentes, a aplicação foi intencionalmente estruturada com critérios mínimos de concretização, previamente definidos nas respetivas tabelas do PP (Apêndices D, P, U, AI), de modo a salvaguardar a sua exequibilidade face a um tema sensível e sujeito a possíveis constrangimentos institucionais. Assim, a reduzida amplitude de aplicação em alguns contextos não traduz insuficiência de planeamento, mas uma opção metodológica prudente e realista. Nestes contextos, o critério de concretização não foi a expansão amostral, mas a implementação segura, ética e exequível das atividades mínimas previstas, bem como a análise crítica dos limites e potencialidades de cada cenário. Em contrapartida, no contexto predominantemente observacional, não se previa uma

aplicação direta do projeto, tendo sido traçados objetivos proporcionais à natureza específica desse EC (Apêndice AG).

III.1. Ensino Clínico Bloco de Partos

III.1.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico

O EC em BP decorreu num hospital da área de Lisboa, integrando o Serviço de BP e o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). Iniciou-se a 06/03/2025 e terminou a 10/07/2025, totalizando 530 horas de prática, distribuídas por 62 turnos (55 no BP e 7 no SUOG).

No período de março a julho de 2025, esta unidade hospitalar registou 1 193 partos e 357 cesarianas, correspondendo a uma taxa de cesariana de 29,9%³⁴. Por mês, registaram-se: março 265 partos/83 cesarianas (31,3%), abril 229/66 (28,8%), maio 232/58 (25,0%), junho 221/80 (36,2%) e julho 246/70 (28,5%)³⁴.

O BP apresenta uma organização estrutural e funcional, constituída por sete quartos com casa de banho privativa e monitorização cardiotocográfica (CTG). Para cada dois quartos existe uma sala de apoio com recursos de conforto e promoção da mobilidade (p. ex., bolas, colchões, banco de parto e material de posicionamento). O serviço inclui balcão central com central de CTG e postos informáticos para registo, sala de recobro (três camas), duas salas de bloco operatório, sala de reanimação neonatal, gabinetes médicos e áreas de apoio logístico (medicação, sujos e passagem de turno). O SUOG, em ligação direta ao BP, dispõe de sala de triagem, três gabinetes médicos e sala de enfermagem com duas camas de observação e cadeirões para CTG.

A equipa de enfermagem é, idealmente, composta por sete elementos por turno (quatro EE-ESMO e três enfermeiros generalistas), distribuídos por funções assistenciais diferenciadas (quartos, apoio, triagem, sala de observação, bloco operatório e recobro). Contudo, registaram-se frequentemente turnos com seis elementos, com impacto na existência de enfermeiro de apoio e, consequentemente, na fluidez da resposta assistencial, na continuidade relacional e no tempo disponível para comunicação e educação para a saúde.

De forma global, observou-se um modelo assistencial centrado na mulher e família, com práticas humanizadoras consolidadas, nomeadamente presença sistemática do acompanhante no TP, incentivo à mobilidade, atenção às preferências expressas e comunicação empática. Não obstante, não se identificou um mecanismo sistemático de

avaliação da vivência e satisfação das mulheres relativamente aos cuidados prestados, o que limita a monitorização estruturada da qualidade na perspetiva da utente.

No BP, o EE-ESMO assume papel nuclear ao longo do TP e parto: acolhimento e avaliação materno-fetal na admissão; vigilância clínica (CTG e partograma) e medidas de suporte, em articulação com analgesia quando solicitada; assistência ao nascimento respeitando, sempre que possível, o ritmo e posicionamento da mulher; cuidados imediatos ao RN e avaliação do canal de parto, com identificação de necessidade de reparação e referenciação quando indicado; promoção de contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação; e coordenação da transferência da díade para internamento após o puerpério imediato.

Estas características - infraestrutura favorável e orientação humanizada, coexistindo com constrangimentos de dotação e ausência de avaliação sistemática da experiência - constituíram base e oportunidade para a implementação do projeto, centrado na literacia em direitos e na qualificação dos cuidados respeitadores.

III.1.2. Diagnóstico de Situação: Direitos da Mulher no Bloco de Partos

Durante o EC no BP foram assistidas 176 parturientes, 161 de baixo risco e 15 de risco (Apêndice E), tendo acompanhado partos eutócicos e distócicos e prestado cuidados no puerpério imediato e ao RN. A exposição clínica alargada, complementada por experiência em SUOG, possibilitou observação sistemática das práticas institucionais relativas aos direitos das mulheres e identificação de necessidades prioritárias para o projeto. Neste cenário, a taxa de cesariana de 29,9%, superior aos 10-15% preconizados pela OMS, evidencia o peso dos fatores tecnológicos da teoria de *Leininger* e a medicalização do nascimento, realidade que justifica a promoção da literacia em direitos como estratégia para salvaguardar a autonomia da mulher e melhoria dos *outcomes*^{2,7,10,22,30,31}. Esta casuística contribuiu diretamente para o cumprimento dos objetivos de aprendizagem da unidade curricular relativos à assistência especializada à parturiente/família nos estádios de TP e parto, à participação em partos distócicos, à assistência especializada à puérpera/RN/família e, no cuidado neonatal imediato, à promoção de estratégias favorecedoras do desenvolvimento do RN e à intervenção perante situações de maior complexidade neonatal.

Relativamente ao PN, verificou-se que, das 176 parturientes assistidas, apenas seis (3,4%) apresentavam PN na admissão. Este valor sugere que a elaboração de PN não constitui prática corrente na população acompanhada, condicionando também a sua

integração no circuito assistencial. Na prática, observou-se ausência de procedimentos sistematizados para acolher e operacionalizar o PN: inexistência de campo/formato de registo estruturado, ausência de rotinas para digitalização/arquivo acessível no processo e falta de uma abordagem dirigida na admissão que confirme a existência do PN e o discuta com a mulher, clarificando preferências exequíveis e alternativas. Acresce variabilidade na transmissão do PN em passagem de turno, o que pode fazer com que preferências previamente definidas não sejam conhecidas por toda a equipa. Ainda que estes aspetos possam refletir o carácter minoritário do PN no contexto, a sua não integração compromete o seu potencial como instrumento clínico e comunicacional.

No domínio do consentimento informado, constatou-se que a assinatura de documentação geral na admissão não equivale a consentimento informado contínuo, entendido como processo renovável antes de cada intervenção, com possibilidade de revisão da decisão ao longo do percurso. Observou-se que a obtenção explícita de consentimento para procedimentos específicos (por exemplo, exame físico, intervenções farmacológicas e outras medidas intraparto) não ocorre de forma sistemática, variando de acordo com a categoria profissional e o estilo comunicacional. Por vezes, a informação prestada assume natureza predominantemente informativa, sem confirmação ativa de concordância e sem exploração de alternativas, sobretudo em momentos de maior intensidade clínica. Esta variabilidade constitui área sensível do ponto de vista ético-legal e um foco central de melhoria, por ser determinante para a autonomia e para a participação informada.

A presença de acompanhante durante o TP mostrou-se, de forma global, respeitada, assim como práticas de promoção de conforto e suporte relacional. Contudo, identificou-se inconsistência na presença do acompanhante em cesarianas eletivas, sem critérios objetivos claramente explicitados e aplicados de forma uniforme. Na prática observada, coexistiram condutas distintas entre profissionais (desde presença contínua até restrição parcial ou total), introduzindo imprevisibilidade na experiência da mulher e evidenciando a necessidade de clarificação organizacional, garantindo que eventuais limitações sejam fundamentadas em segurança clínica e comunicadas de forma transparente e antecipatória.

Foram observados fatores facilitadores relevantes para cuidados respeitadores, nomeadamente quartos individuais e casas de banho privativas (privacidade) e, maioritariamente, comunicação empática e atitudes respeitadoras da dignidade. Ainda assim, as principais barreiras identificadas foram de natureza organizacional: carga

assistencial elevada e turnos com dotação reduzida, com impacto na continuidade relacional, no tempo disponível para comunicação e na consistência da documentação. Acresce a inexistência de mecanismos formais de monitorização sistemática da experiência das mulheres, limitando a identificação estruturada de áreas críticas e a orientação de melhorias a partir da perspetiva da utente.

Um elemento contextual relevante foi a entrada em vigor da Lei n.º 33/2025 (30/03/2025) durante o EC, que gerou dúvidas e preocupação em parte da equipa quanto às implicações práticas. Este contexto reforçou a necessidade de clarificação e atualização, sustentando a pertinência de incluir, no projeto, uma componente formativa dirigida a profissionais, orientada para interpretação e operacionalização do enquadramento jurídico na prática clínica.

Estas necessidades orientaram a intervenção no BP para a literacia em direitos, a decisão partilhada e a redução de variabilidade assistencial, com particular ênfase na integração do PN e na operacionalização consistente do consentimento informado.

III.1.3. Implementação do Plano de Projeto

O objetivo geral do PP, transversal aos diferentes EC, consistiu em promover o empoderamento da mulher sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal. No BP, a implementação foi organizada por objetivos específicos, em articulação com a supervisora clínica (SC) e supervisora pedagógica (SP), assegurando exequibilidade no contexto intraparto e coerência com o cronograma e indicadores de avaliação previstos (Apêndice D).

No primeiro objetivo específico - promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas - a operacionalização assentou em momentos de planeamento, monitorização e reajuste, formalizados e complementados por contactos informais sempre que necessário. A reunião inicial (06/03/2025), realizada no gabinete da Enfermeira-Chefe, permitiu apresentar o PP e validar a aplicação do projeto no 1.º estágio do TP, opção intencional para maximizar recetividade, segurança clínica e condições de comunicação. Foram discutidos objetivos, atividades, população-alvo, recursos e indicadores de avaliação, com registo em ata (Apêndice C). Ao longo do EC, mantiveram-se reuniões informais de acompanhamento e realizaram-se duas reuniões formais (09/04/2025 e 10/07/2025), com presença da SC e SP, centradas na avaliação da evolução do plano, na resolução de obstáculos emergentes e no reajuste estratégico subsequente à entrada em vigor da Lei n.º 33/2025 e ao impacto desta atualização no

clima e nas preocupações da equipa. Estes momentos permitiram manter alinhamento contínuo entre o planeamento e a realidade assistencial, assegurando monitorização da implementação e eficácia das atividades.

No segundo objetivo específico - sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal - a intervenção foi concretizada através de quatro linhas de ação: identificação de dúvidas frequentes relacionadas com direitos e práticas humanizadas em diálogo clínico; identificação de parturientes com PN e análise da integração de direitos no documento; realização de momento de educação para a saúde sobre direitos e participação informada; e disponibilização de recurso digital de consulta através de *QR code*. Para permitir a recolha em diferentes momentos da interação clínica e uma leitura diferenciada das situações com e sem PN, foram construídos dois roteiros, com PN e sem PN (Apêndices F e G), organizados em três momentos e utilizados como registo estruturado de notas de campo no âmbito da prática clínica e educativa. No primeiro momento, com a parturiente no 1.º estadio do TP e em condições clínicas favoráveis, era apresentada a finalidade do projeto e obtido consentimento oral/informal para participação, procedendo-se à aplicação do roteiro correspondente. Neste momento inicial registavam-se conhecimento prévio sobre direitos, fontes de informação, dúvidas existentes e expectativas; nas situações com PN, incluía-se ainda a caracterização do processo de elaboração do documento, eventual discussão prévia com profissionais e identificação dos direitos e preferências nele explicitados. No segundo momento realizava-se o momento de educação para a saúde, em formato conversacional e ajustado às necessidades identificadas, seguido do registo da avaliação da intervenção e das expectativas de impacto no parto. Após esta interação, era entregue o *QR code* em formato porta-chaves (Apêndice B), remetendo para o *site* desenvolvido no âmbito do projeto. O terceiro momento decorria no puerpério imediato e destinava-se a registar a vivência do parto, a perceção de respeito pelos direitos e o impacto percebido do conhecimento e, quando aplicável, do PN na participação e autoeficácia. O projeto foi aplicado na íntegra a três parturientes: duas sem PN e uma com PN.

No terceiro objetivo específico - discutir a viabilidade de apresentação da temática com a equipa de enfermagem - a pertinência de abordar o tema com a equipa foi considerada logo na reunião inicial. Seguiu-se um período de observação e diálogo informal para identificar necessidades e ajustar o formato da intervenção à dinâmica do serviço. Com a entrada em vigor da Lei n.º 33/2025, foi identificada necessidade prioritária de clarificação interna, pelo que, em consenso com a SC e com a enfermeira-

chefe, a estratégia foi reorientada para uma sessão formativa estruturada - *“Os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal: a nova lei”* (Apêndice K) - com o propósito de aumentar segurança conceptual, alinhar linguagem e reduzir incerteza operacional na prática quotidiana. Para a sua concretização, realizaram-se reuniões preparatórias, foi elaborada uma apresentação centrada nos direitos da mulher e nas implicações operacionais da Lei n.º 33/2025 para a prática do EE-ESMO, plano de sessão (Apêndice AU) e foram aplicados formulários pré e pós-formação para recolher conhecimento prévio, preocupações da equipa e avaliação da intervenção (Apêndices L e M).

III.1.4. Resultados da Implementação do Projeto

Os resultados apresentados nesta alínea decorrem da análise dos roteiros aplicados no EC BP, enquanto registos estruturados de notas de campo, preenchidos no âmbito da prática clínica e educativa, não configurando questionário aplicado às participantes (Apêndices H, I,J). Para efeitos de confidencialidade, as participantes são identificadas como BP1 e BP2 sem PN, e BP3 com PN. A recolha ocorreu nos três momentos previstos (pré-sessão, pós-sessão e puerpério imediato), pelo que a leitura dos dados foi organizada à luz da matriz analítica comum descrita no início do capítulo III. Atendendo à reduzida dimensão do corpus (n=3), a interpretação foi desenvolvida com prudência.

No Momento 1 - Situação inicial antes da intervenção - BP1 (34 anos; nacionalidade portuguesa; ensino superior), BP2 (24 anos; nacionalidade portuguesa; ensino secundário) e BP3 (37 anos; nacionalidade brasileira; ensino superior) eram primíparas. Observou-se heterogeneidade no conhecimento prévio: BP1 referiu conhecimento parcial/superficial sobre direitos e identificou como fontes CPPP, internet/redes sociais e família/amigos; BP2 referiu não ter conhecimento prévio, não identificando fontes formais ou informais; BP3 demonstrou conhecimento prévio consistente, referindo CPPP, internet/redes sociais e doula como fontes. Na identificação espontânea de direitos, BP1 reconheceu o direito à presença de acompanhante e o direito ao apoio à amamentação; BP2 não identificou direitos específicos antes da sessão; e BP3 identificou consentimento informado (aceitar/recusar intervenções), presença de acompanhante, liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível), elaboração/discussão/respeito por PN e contacto pele-a-pele. Quanto a dúvidas prévias, BP1 registou “Direitos de forma geral”, explicitando necessidade de “informação toda”; BP2 não colocou dúvidas antes da sessão, o que, em contexto de TP, pode refletir menor disponibilidade cognitiva/emocional para formular questões e não ausência de

necessidades informativas; e BP3 centrou as dúvidas em mecanismos de proteção e responsabilização: “Apresentação de reclamação; o que pode acontecer aos profissionais de saúde que não respeitem direitos”. No caso de BP3, o PN tinha sido elaborado com apoio de doula, mas não tinha sido discutido previamente com profissionais de saúde.

No Momento 2 - Efeito imediato do momento de educação para a saúde - a intervenção foi percebida como adequada, com comunicação clara e compreendida, nas três participantes. BP1 considerou que o conhecimento poderia fazer “alguma diferença” e BP2 que poderia fazer diferença positiva, acrescentando: “Adequada, mas gostava de ter tido a informação antes, durante a gravidez”. Em BP3, foi assinalado impacto positivo do conhecimento adquirido, mas não do PN, por si só, nesse momento, sugerindo maior peso atribuído à literacia em direitos e à capacidade de os expressar do que à mera existência documental do plano. Neste momento, os resultados sugerem valorização da intervenção educativa, ainda que, em BP2, tenha emergido a percepção de que a utilidade seria superior se a informação tivesse sido recebida durante a gravidez.

No Momento 3 - Resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva no pós-evento - BP1 teve parto distócico por ventosa, com RN APGAR 9/10, BP2 parto eutócico, com RN APGAR 10/10, e BP3 parto distócico por cesariana, com RN APGAR 8/9/10. A vivência global foi descrita como positiva por BP1 e BP2 e como neutra por BP3. Em termos de percepção de desrespeito/violação de direitos, BP1 assinalou ocorrência de situação identificável, mas recusou nomeá-la como “desrespeito”, selecionando concretamente ausência de consentimento informado; BP2 assinalou ausência de situações; e BP3 expressou incerteza (“Não consegue ter certezas, mas acha que sim”), identificando como eixo principal “falta de empatia”. Em BP1 e BP2 foi registado que o conhecimento influenciou positivamente a vivência, com autoeficácia compatível com participação ativa; em BP3 foi registado que PN e conhecimento influenciaram parcialmente a vivência, observando-se autoeficácia elevada, incluindo invocação do PN. Em BP1, a diferença percebida entre profissionais na operacionalização do consentimento é explicitada: “já estávamos naquilo há muito tempo, já tínhamos percebido que eu não estava a conseguir... E a enfermeira explicou muito bem porque ia chamar o médico e porque precisava de ajuda. O médico não foi desadequado, mas só informou o que ia fazer, sem pedir ou sem dar esclarecimentos. Olhei para o (companheiro) e senti que ele estava a pensar o mesmo.... Poderia ter sido diferente, mas o que importa é que o (bebé) nasceu bem e ficou tudo bem.” Em BP2, o comentário aponta para suporte emocional e liberdade de exploração de posições: “a enfermeira deixou-me muito à vontade...

Tentámos tantas posições, eu gostei disso... não disse para eu parar de gritar... senti apoio e confiança.” Em BP3, a reflexão final reforça a centralidade do acompanhamento relacional e a fragilidade vivida em contexto cirúrgico: “Não foi o que eu quis, mas foi o que teve de ser... Estou triste... Nem sempre soube comunicar... talvez tenha sido muito assertiva.”; “Nunca ponderei um plano B... sinto-me triste porque não foi o que queria... Foste a única pessoa preocupada comigo... eram todos muito frios... Tive de pedir para deixarem o meu marido estar presente na cesariana, e mesmo assim tivemos alturas separados...”. Foi ainda assinalado que o PN foi parcialmente respeitado.

Os resultados locais do BP evidenciam que as fontes de literacia prévia, quando identificadas, incluíram CPPP, internet/redes sociais, doula e familiares, sem referência explícita à consulta de vigilância da gravidez como origem do conhecimento. O momento educativo em TP foi valorizado, embora reconhecido como potencialmente tardio, e o PN revelou potencial estruturante, mas dependente da sua discussão prévia com profissionais, da clarificação da sua exequibilidade e da preparação de alternativas. A análise local inclui apenas um caso com PN, pelo que qualquer leitura diferenciada entre situações com e sem PN deve ser entendida como exploratória.

Como ganhos em saúde, a intervenção traduziu-se no reforço da literacia em saúde e direitos (informação compreensível, consentimento informado e participação nas decisões) e no aumento da autoeficácia percebida para comunicar, questionar e negociar cuidados em contexto intraparto. Este ganho é clinicamente relevante, uma vez que a evidência associa experiências de desrespeito/VO a piores desfechos psicossociais no pós-parto (p. ex., maior risco de depressão pós-parto e pior saúde mental), pelo que o reforço de *agency* e de segurança relacional pode funcionar como fator protetor^{19,20,27,28}. Em paralelo, a clarificação de direitos no pós-parto (incluindo acesso a apoio e mecanismos formais) constitui ganho por potenciar procura de ajuda mais oportuna e continuidade de cuidados, com impacto esperado no bem-estar materno e neonatal^{7,19,20,27,28}.

Resultados da Formação à Equipa

No âmbito da sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem do BP (“Os direitos da Mulher no ciclo gravídico-puerperal: A nova lei”), foram aplicados dois formulários de recolha de perceções: um formulário inicial (pré-formação) (n=11) e um formulário final (pós-formação) (n=10) (Apêndices L, M). Trata-se de respostas anónimas e não pareadas, pelo que os resultados devem ser interpretados de forma

descritiva, permitindo sobretudo avaliar aceitabilidade, clareza e utilidade percebida, e não medir mudança individual com inferência causal (Apêndices N, O).

No momento inicial, 36,4% (4/11) referiu ter lido a lei na íntegra, 54,5% (6/11) conhecia parcialmente e 9,1% (1/11) já tinha ouvido falar, mas não conhecia os detalhes. Em termos de opinião, predominou a concordância com reservas: 45,5% (5/11) assinalou “concordo com os objetivos da lei, mas tenho dúvidas...”, 27,3% (3/11) indicou “reconheço que o tema é relevante, mas considero que...”, 18,2% (2/11) referiu não ter ainda opinião formada e 9,1% (1/11) considerou a lei essencial; não houve respostas que a classificassem como desnecessária. Quanto ao efeito expectável, 45,5% (5/11) antecipou melhoria da qualidade dos cuidados, 36,4% (4/11) considerou que poderá dificultar a atuação clínica, 9,1% (1/11) não teve opinião por desconhecer a atualização e 9,1% (1/11) assinalou simultaneamente potencial de melhoria com risco de dificultar a atuação.

No que respeita ao impacto na prática profissional, 54,5% (6/11) respondeu “ainda não sei”, 27,3% (3/11) considerou que não teria impacto e 18,2% (2/11) antecipou impacto negativo; não se registaram respostas a indicar impacto positivo nesta fase. Nos comentários livres sobre receios e dúvidas, emergiram sobretudo preocupações centradas na operacionalização e nos efeitos de “extremos” (“Os extremos são sempre preocupantes...”), na construção de PN por pessoas “fora da prática” (“Planos de Parto... poderão dificultar...”), na gestão clínica de intervenções (“Receio de não fazer uma episiotomia quando eu entender...”), e em constrangimentos de tempo e documentação (“Os registos e ter tempo...”). Nas expectativas relativamente à formação, destacou-se a necessidade de clarificação da lei e da sua influência na prática, incluindo implicações no registo e na tomada de decisão.

No formulário pós-formação, a avaliação global foi muito elevada: 80% (8/10) atribuiu 10/10, 10% (1/10) atribuiu 9/10 e 10% (1/10) atribuiu 8/10. A relevância do conteúdo foi consensual: 100% (10/10) classificou-o como muito relevante. A clareza da apresentação foi igualmente elevada: 90% (9/10) considerou “totalmente claro” e 10% (1/10) “maioritariamente claro”. Nos aspetos positivos, foram valorizadas a profundidade e utilidade prática (“O pormenor da informação”; “Uma visão diferente e mais detalhada da lei”; “A atualização de informações”), o domínio do tema e a ligação ao exercício especializado (“O paralelismo... com as práticas descritas nas funções do EE-ESMO”), bem como a pertinência de avaliar sistematicamente a experiência das mulheres para melhoria da prática. Quanto a aspetos a melhorar, as sugestões incidiram sobretudo em

condições logísticas e tempo para debate (“O espaço e o tempo”; “O tempo para debate”), sendo frequentes respostas de ausência de sugestões (“Nada a apontar”). Após a formação, 70% (7/10) referiu que a sessão alterou significativamente a perspetiva, 10% (1/10) indicou alteração subtil e 20% (2/10) afirmou já partilhar a visão previamente; 100% (10/10) recomendaria a formação a outros colegas.

III.1.5. Aquisição de Competências

O EC em BP constituiu um contexto de elevada complexidade e imprevisibilidade, particularmente fértil para o desenvolvimento de competências avançadas, por exigir tomada de decisão em tempo útil, articulação interprofissional contínua e integração simultânea de componentes técnicas, relacionais e ético-legais. A presente reflexão incide sobre as competências mais mobilizadas neste contexto, com referência às tabelas anexas (Anexos I, II e III)^{5,6,33}.

No plano das **CCEE**, **A1** e **A2** foram centrais na atuação no intraparto, exigindo operacionalizar o consentimento informado como processo contínuo e proporcional ao momento clínico, salvaguardando autonomia, privacidade e dignidade da mulher³³. Estas competências foram mobilizadas na adequação da comunicação clínica à vulnerabilidade associada ao TP e parto, na preservação do espaço de decisão partilhada em situações de maior complexidade assistencial e na integração do foco do projeto - direitos, PN e prevenção de situações de desrespeito - com enquadramento jurídico e reflexão crítica sobre rotinas potencialmente incongruentes com as expectativas e os direitos das mulheres³³. Ainda neste referencial, no domínio **B**, **B1** foi mobilizada na conceção e dinamização da formação à equipa, favorecendo a disseminação operacional de conteúdos de qualidade no eixo direitos/PN/consentimento³³. **B2** foi mobilizada pela identificação de oportunidades de melhoria associadas à operacionalização do PN e do consentimento informado, bem como pela recolha sistemática de informação através dos roteiros, orientada para avaliação antes/depois e para uma leitura crítica da prática observada³³. **B3** foi igualmente treinada, quer na dimensão física do ambiente terapêutico e seguro - privacidade, conforto, organização do espaço e uso de recursos de posicionamento - quer na dimensão psicossocial, através de contenção emocional, presença terapêutica e redução de fatores de stresse comunicacionais, com impacto direto na perceção de segurança da mulher e do acompanhante³³. No domínio **C**, as competências **C1** e **C2** foram particularmente exigidas pela necessidade de coordenação com equipa de enfermagem, equipa médica e anestesiologia, garantindo continuidade da

informação, priorização de intervenções e escalonamento oportuno perante alterações materno-fetais ou desvios da progressão³³. A liderança assumiu sobretudo expressão situacional, compatível com a aprendizagem em contexto, através do reconhecimento de limites, pedido precoce de apoio, antecipação de necessidades materiais e humanas e contributo para articulação eficaz da equipa, preservando simultaneamente um ambiente terapêutico para a mulher³³. No domínio **D**, destacou-se a competência **D2**, continuamente mobilizada na tradução da evidência e do enquadramento normativo em materiais e comunicação clínica, na conceção de instrumentos de registo, na análise de dados e na realização de uma sessão formativa dirigida à equipa, com avaliação através de formulários, configurando prática baseada na evidência e suporte ativo à aprendizagem em contexto de trabalho³³.

No plano das **CEEE-ESMO**, o BP permitiu consolidar de forma nuclear a competência 3, relativa ao cuidado à mulher durante o TP e à otimização da adaptação do RN à vida extrauterina, articulando promoção da saúde, vigilância do risco e resposta a situações de maior complexidade⁵. A competência **3.1.2** foi mobilizada transversalmente na garantia de ambiente seguro durante o TP e parto, integrando vigilância contínua, prevenção de eventos adversos e tomada de decisão informada; a **3.1.3** foi operacionalizada na promoção de conforto e bem-estar através de medidas não farmacológicas, apoio contínuo e adaptação das intervenções às preferências e tolerância da mulher; e a **3.1.6** foi treinada na cooperação com outros profissionais na prevenção e controlo da dor, conciliando analgesia farmacológica, medidas não farmacológicas e timing clínico adequado⁵. A componente do projeto relacionada com direitos e PN reforçou particularmente a competência **3.1.1**, na medida em que exigiu leitura clínica do PN, distinção entre preferências e opções dependentes de critérios de segurança, negociação de alternativas e coerência comunicacional entre intervenientes, sobretudo em situações de escalonamento da intervenção⁵.

No eixo de **3.2**, foram mobilizadas as competências **3.2.1**, **3.2.2** e **3.2.3** através da monitorização da evolução do TP, identificação de risco materno-fetal e reconhecimento de desvios ao padrão normal, com comunicação atempada e articulação interprofissional⁵. No que respeita ao RN, a competência **3.2.7** foi mobilizada na avaliação imediata e nas medidas de suporte à adaptação, articulando termorregulação, vigilância da transição e promoção do contacto pele-a-pele quando clinicamente indicado; perante fatores de risco, como prematuridade, exigiu maior rigor na observação dirigida e na tomada de decisão para escalonamento⁵. A competência **3.3.4** foi aprofundada na avaliação da integridade

do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação, integrando critérios de avaliação do trauma, adequação técnica à situação e reconhecimento de limites com referência quando necessário⁵. A prestação de cuidados no puerpério imediato e ao RN permitiu igualmente mobilizar competências do período pós-natal, em particular **4.1.2**, **4.1.4** e **4.2.3**, ainda que em janela temporal curta e dependente do circuito do BP⁵.

A experiência em SUOG, embora limitada em número de turnos, constituiu oportunidade complementar de contacto com situações de patologia obstétrica e ginecológica, permitindo, para além das competências dos domínios **1**, **5** e **6**, mobilizar competências do período pré-natal e de situações de abortamento, nomeadamente **2.2.4**, **2.2.9**, **2.2.10**, **2.2.11** e **2.3.8**, reconhecendo-se, contudo, que a sua consolidação depende de exposição repetida e treino deliberado em contextos específicos⁵.

No que respeita às **CME**, o BP foi determinante para integrar conhecimento em situações complexas e imprevisíveis, reforçando pensamento crítico e resolução de problemas **(a)** na adaptação da intervenção clínica e educativa a contextos de pressão temporal e vulnerabilidade; promovendo melhoria da qualidade com recurso à evidência e referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao sustentar a intervenção educativa e a formação a profissionais no enquadramento legal, normativo e científico; capacitando a dinamização proativa em equipas e projetos **(c)**, através da implementação do plano, construção de instrumentos, negociação da intervenção com supervisão e realização de sessão formativa; e contribuindo para o desenvolvimento disciplinar e da formação especializada **(d)**, ao produzir materiais e estratégias passíveis de replicação e continuidade nos contextos seguintes, reforçando uma prática especializada centrada na mulher e orientada para direitos⁶. A consciência de limites e a identificação de necessidades de aprofundamento para os EC subsequentes constituem, por si, indicador de maturidade profissional e de compromisso com desenvolvimento contínuo, coerente com o perfil de EE, de EE-ESMO e de Mestre^{5,6,33}.

III.2. Internamento de Puérperas

III.2.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico

O EC em internamento de puérperas (IP) decorreu entre 19/09/2025 e 24/10/2025, num total de 20 turnos de 7h30 (13 manhãs e 7 tardes), integrando, um turno em consulta de amamentação e um turno em CPPP, enquanto oportunidades complementares de

contacto com a mulher e família no período pós-natal e de continuidade de cuidados, o que totalizou 150 horas de contacto.

O IP corresponde a uma unidade de internamento pós-parto com 30 camas, distribuídas por quartos de diferentes tipologias (1, 2, 3 e 6 camas), o que condiciona, de forma estrutural, a organização do cuidado, a gestão do fluxo de transferências e as condições de privacidade no contacto clínico. O circuito de admissão é realizado por articulação com o BP, com validação prévia de disponibilidade, seguindo-se transferência da puérpera e do RN. O tempo de permanência no serviço tende a ser curto, em linha com a prática assistencial habitual: aproximadamente dois dias após parto vaginal e três dias após cesariana, dependente de decisão clínica e de alta por obstetria e pediatria.

No período correspondente ao EC (setembro e outubro de 2025), registaram-se, respetivamente, 285 partos e 101 cesarianas em setembro (35,4%), e 249 partos e 93 cesarianas em outubro (37,3%), totalizando 534 partos e 194 cesarianas nos dois meses (36,3%)³⁴.

Do ponto de vista organizacional, a equipa de enfermagem assegura, em termos gerais, quatro enfermeiros no turno da manhã e três no turno da tarde/noite, integrando pelo menos um elemento com qualificação EE-ESMO, com visitas médicas preferencialmente no período da manhã (com variabilidade). A dinâmica assistencial observada caracteriza-se por carga assistencial elevada, sobretudo em turnos da tarde e noite, com impacto inevitável na disponibilidade temporal para intervenções educativas prolongadas e para diálogo aprofundado, apesar da orientação global para cuidados centrados na mulher/família e do esforço da equipa em manter uma postura comunicacional adequada.

Relativamente à casuística acompanhada no período de EC, foram prestados cuidados a 97 puérperas (54 sem necessidades especiais e 43 com necessidades especiais) e a 96 RN. Esta atividade decorreu num contexto onde se observou, na prática quotidiana, proporção expressiva de situações com maior complexidade clínica, materna e neonatal, frequentemente associadas a partos distócicos e a patologia obstétrica relevante, traduzindo um cenário assistencial exigente para a vigilância pós-parto, para a promoção de cuidados seguros e para o apoio à parentalidade no internamento. A casuística acompanhada contribuiu sobretudo para o cumprimento dos objetivos de aprendizagem da unidade curricular relativos à assistência especializada à puérpera/RN/família e, perante a complexidade materna e neonatal observada, à participação nos cuidados a RN

com necessidades especiais e à promoção de estratégias favorecedoras do desenvolvimento do neonato no contexto pós-natal.

III.2.2. Diagnóstico de Situação: Direitos da Mulher no Internamento de Puérperas

O diagnóstico de situação no EC IP foi construído a partir de observação participante e de integração progressiva na dinâmica do serviço, complementadas pelo registo sistemático de notas de campo em roteiro, enquanto instrumento de suporte à reflexão clínica e ao acompanhamento do projeto no contexto do IP. Esta estratégia permitiu compreender, de forma contextualizada, em que medida os direitos da mulher são/ou não explicitamente operacionalizados neste quotidiano assistencial, sem interferir com prioridades clínicas e salvaguardando a vulnerabilidade inerente ao pós-parto.

No IP, os direitos da mulher evidenciaram-se como particularmente sensíveis em três dimensões interligadas: acesso a informação compreensível e participação nas decisões; privacidade/confidencialidade; e presença/apoio no pós-natal, incluindo envolvimento nos cuidados ao RN. Observou-se uma prática globalmente orientada para a díade mãe–RN e para a segurança clínica, com comunicação frequente e intenção educativa relativamente aos cuidados imediatos, incluindo apoio à amamentação quando as condições do serviço o permitem. Contudo, em períodos de maior pressão assistencial, a comunicação tende a assumir sobretudo um registo informativo (o que será realizado e o que é esperado), nem sempre acompanhado por exploração sistemática de preferências, validação explícita de compreensão e convite estruturado à decisão partilhada. Esta leitura foi interpretada como efeito de constrangimentos reais (tempo, espaço e carga assistencial) e como oportunidade de problematização pedagógica sobre como tornar mais visível, mesmo em interações breves, a dimensão dos direitos, do consentimento e da autonomia.

A privacidade destacou-se como domínio vulnerável, sobretudo pela existência de quartos com múltiplas camas. Apesar de estratégias de mitigação (p. ex., cortinas), mantêm-se limitações de reserva comunicacional em momentos de partilha de informação sensível e/ou avaliação física, podendo condicionar a disponibilidade da mulher para expor dúvidas, desconfortos e preferências.

No que respeita ao envolvimento da puérpera nos cuidados ao RN, observaram-se situações em que procedimentos são realizados em áreas funcionais (p. ex. sala de enfermagem), por vezes com limitações de espaço, reduzindo a possibilidade da presença

materna; sem desconsiderar racionalidades organizacionais e de segurança, à luz de *Leininger*, esta prática evidencia a predominância dos fatores organizacionais da cultura institucional sobre as necessidades de cuidado cultural da díade^{30,31}. Este ponto crítico exige do EE-ESMO estratégias de acomodação ou negociação cultural, de modo a conciliar a segurança clínica com a preservação da vinculação e confiança, garantindo que a assistência seja efetivamente congruente com a experiência subjetiva da puérpera.

A observação de situações de maior complexidade clínica e psicossocial (incluindo casos sociais e situações com implicações na alimentação infantil) reforçou a centralidade do direito à informação compreensível, à comunicação não estigmatizante e ao respeito pela dignidade em cenários de elevada vulnerabilidade e assimetria relacional. Por fim, durante este EC IP não foram identificadas puérperas com PN, o que limitou a análise da continuidade do PN do intraparto para o internamento e a comparação “com PN vs. sem PN”, reforçando a necessidade de estratégias alternativas e realistas de capacitação em direitos ajustadas ao pós-parto imediato, sem pressupor o PN como dispositivo estruturante.

III.2.3. Implementação do Plano de Projeto

No IP, a implementação do PP manteve a lógica metodológica definida no EC anterior, mas foi ajustada à realidade do internamento no pós-parto imediato, em coerência com o Apêndice P.

No primeiro objetivo específico - promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas - realizaram-se momentos de acompanhamento e avaliação com a SC e a SP, com vista a enquadrar a aplicabilidade do projeto no IP, discutir exequibilidade e definir estratégias compatíveis com a dinâmica do serviço. A reunião inicial decorreu a 20/09/2025, na sala de enfermagem, com a SC, para apresentação do projeto e ponderação das possibilidades de concretização no IP, com registo em ata (Apêndice Q). A reunião intermédia realizou-se a 09/10/2025, com participação da SC e SP, centrando-se na monitorização do percurso e no planeamento da intervenção no tempo remanescente. A reunião final ocorreu a 24/10/2025, integrando criticamente a experiência do EC e formalizando a avaliação das atividades realizadas, incluindo adaptações destinadas a maximizar a disponibilização de informação dentro dos limites observados no serviço.

No segundo objetivo específico - sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos - a intervenção operacionalizou-se através da identificação de dúvidas frequentes,

exploração de conhecimento prévio e fontes de informação, realização de momento de educação para a saúde sobre direitos e participação ativa e disponibilização do recurso informativo digital (*site*), com entrega do *QR code* em porta-chaves (Apêndice B). Em coerência com esta decisão metodológica, foi autorizado apenas a concretização dos mínimos inicialmente previstos no PP, pelo que a aplicação integral ocorreu a 15/10/2025 com uma puérpera, através do roteiro IP – sem PN (Apêndice R). O contacto clínico decorreu de forma estruturada, iniciando-se com assentimento verbal e explicitação da finalidade académica e da confidencialidade, seguindo-se a recolha dirigida de perceções e dúvidas sobre direitos e experiência de cuidados, o momento educativo e o registo pós-consulta relativo à utilidade percebida e expectativa de impacto, com posterior entrega do *QR code*/porta-chaves. A componente relativa à identificação e análise de PN não foi concretizada por ausência de puérperas com PN durante o EC no IP.

No terceiro objetivo específico - discutir a viabilidade de apresentação da temática à equipa - equacionou-se inicialmente um momento síncrono, mas, face à organização do serviço e para minimizar impacto assistencial, privilegiou-se um modelo assíncrono. Foi, assim, elaborado um *poster* com o *QR code* do recurso informativo, com dois propósitos: afixação na sala de enfermagem, para consulta por profissionais, e em área de circulação acessível às utentes, facilitando acesso direto à informação (Apêndice T). Após ajustes e validação, o *poster* foi aprovado a 24/10/2025, ficando autorizada a sua afixação nos locais acordados.

III.2.4. Resultados da Implementação do Projeto

No IP, o projeto foi aplicado apenas a uma participante, identificada como IP1 para salvaguarda da confidencialidade (Apêndice S). A aplicação do projeto a uma única participante (IP1) correspondeu ao mínimo autorizado para este EC, pelo que os resultados devem ser lidos sobretudo como evidência de viabilidade clínica e utilidade potencial da intervenção.

No Momento 1 - Situação inicial antes da intervenção - IP1 tinha 33 anos, nacionalidade brasileira e escolaridade correspondente ao ensino secundário, com uma gestação anterior. Relativamente ao parto, teve uma cesariana programada por cesariana anterior, com RN com APGAR 9/10, referindo que “correu tudo bem”. Antes do momento educativo, foi classificada como demonstrando incerteza/confusão relativamente ao tema “direitos no ciclo gravídico-puerperal”. Como fonte de conhecimento prévio, foi assinalada exclusivamente a internet/redes sociais, não

emergindo, como origem identificada pela participante, a consulta de vigilância, CPPP, internamento na gravidez ou BP. Quando solicitada a identificar direitos concretos, não assinalou direitos específicos do elenco apresentado, optando por “Outra” e registrando a ideia de que conhece alguns aspetos, mas tende a não os reconhecer como “direitos”, antes como possibilidades dependentes do hospital e dos profissionais. Na avaliação pré-sessão, classificou a experiência como positiva e indicou ter sido tratada com respeito, não assinalando situações específicas de desrespeito/violação.

No Momento 2 - Efeito imediato do momento de educação para a saúde - IP1 explicitou uma dúvida que sintetiza o eixo do projeto: “Quem garante os direitos? depende do hospital ou dos profissionais?” A sessão foi registada como realizada e avaliada como adequada às necessidades, com linguagem clara, acessível e compreendida. Neste momento, a intervenção parece ter contribuído para clarificar o enquadramento dos direitos e para tornar mais visível a sua dependência não apenas de normas formais, mas também da prática concreta dos profissionais e das instituições.

No Momento 3 - Resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva - após a sessão, IP1 passou a identificar alguns momentos como desrespeito que anteriormente não reconhecia, sugerindo um efeito de releitura da experiência a partir de uma grelha mais estruturada de direitos e boas práticas, embora mantendo uma narrativa globalmente positiva. No que respeita ao PN, após conhecer melhor os seus direitos, considerou que tê-lo elaborado “poderia ter feito alguma diferença”. Relativamente ao impacto no puerpério, foi assinalado que a informação “poderá fazer alguma diferença na forma como vivencia o pós-parto”, acrescentando, na reflexão final, “Acredito que esta informação fará muita diferença para quem ainda não teve o seu bebé.” Estes elementos sugerem que, neste contexto, o principal efeito da intervenção não se situou na alteração da experiência já vivida, mas na sua reinterpretação e na ampliação da capacidade de reconhecer direitos, possibilidades de participação e recursos potencialmente mobilizáveis.

Para além dos ganhos em saúde já descritos no BP, no IP destacou-se o potencial de traduzir a literacia em direitos em utilização concreta de recursos no pós-parto imediato, reforçando continuidade e segurança subjetiva numa fase de elevada vulnerabilidade e transição para a parentalidade^{7,20,25}.

III.2.5. Aquisição de Competências

O EC em IP constituiu um contexto particularmente relevante para a consolidação de competências avançadas no período pós-natal imediato, pela elevada rotatividade,

tempos de permanência curtos e carga assistencial intensa, exigindo integração rápida de avaliação clínica, planejamento de cuidados, ensino e suporte emocional, frequentemente em condições estruturais que condicionam a privacidade^{5,6,33}. Neste enquadramento, prestei cuidados a 97 puérperas (54 sem necessidades especiais e 43 com necessidades especiais) e a 96 RN, o que potenciou, de forma consistente, a consolidação de competências avançadas na vigilância pós-parto, no apoio à parentalidade e na deteção precoce de desvios⁵.

No plano das **CCEE**, **A1** foi mobilizada de forma transversal na operacionalização quotidiana do respeito pela autonomia, dignidade e privacidade, sobretudo porque o pós-parto imediato constitui um período de particular vulnerabilidade física e emocional³³. A prática em IP exigiu uma comunicação clínica intencional e proporcional ao momento, garantindo informação compreensível, validação de dúvidas e adaptação da linguagem ao estado da puérpera, sem descuidar o rigor e a necessidade de decisão esclarecida³³. Em paralelo, **A2** concretizou-se no esforço deliberado de salvaguardar a privacidade, a confidencialidade e a autodeterminação da puérpera num contexto estruturalmente pouco protegido, garantindo informação compreensível, validação de dúvidas e um espaço de decisão compatível com a vulnerabilidade do pós-parto imediato³³. Ainda neste referencial, no domínio **B**, as competências **B2/B3** foram particularmente treinadas na gestão do risco e na criação de condições de segurança clínica e emocional num contexto com elevada carga assistencial e múltiplas tarefas por profissional³³. A vigilância sistemática da puérpera e do RN, a identificação precoce de sinais de alarme e a organização do cuidado, incluindo administração terapêutica, rastreios e momentos de ensino oportunistas, exigiram pensamento antecipatório, capacidade de priorização e monitorização contínua, reforçando uma prática orientada para a prevenção de complicações e para a minimização de eventos adversos³³. No domínio **C**, destacaram-se **C1/C2**, pela necessidade constante de articulação funcional com a equipa de enfermagem e com as equipas médicas de obstetria e pediatria, num circuito de altas dependente de decisão clínica e com impacto direto na experiência da mulher³³. Neste EC, a liderança assumiu sobretudo expressão situacional, através da gestão de prioridades, da antecipação de necessidades materiais e humanas, da comunicação clara e assertiva e do contributo para um ambiente terapêutico possível, apesar das limitações estruturais³³. A gestão de informação sensível em contexto de enfermarias e a tentativa de maximizar privacidade e confidencialidade constituíram igualmente um exercício contínuo de qualidade relacional e ética do cuidado³³. No domínio **D**, destacou-se **D2**, reforçada pela

mobilização de conhecimento técnico-científico na tomada de decisão clínica e na orientação às puérperas, particularmente em matérias de autocuidado, sinais de alerta e apoio à amamentação³³. A natureza do IP favoreceu, simultaneamente, a consolidação de algoritmos práticos de vigilância e a afinação de intervenções educativas breves, mas consistentes, ajustadas ao tempo e ao estado clínico e emocional da mulher³³.

No plano das **CEEE-ESMO**, o IP permitiu consolidar sobretudo o domínio **4**, relativo ao período pós-natal⁵. A promoção da saúde da mulher e do RN (**4.1**) esteve presente na educação para sinais e sintomas de alarme no RN (**4.1.2**), na abordagem da sexualidade e contraceção no pós-parto (**4.1.3**), sempre que oportuno, e, com particular relevância para o meu perfil e percurso, na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (**4.1.4**), incluindo observação dirigida, correções técnicas e reforço da autoeficácia materna⁵. Em paralelo, as intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto (**4.1.5**) foram mobilizadas através do suporte emocional, normalização de dúvidas frequentes, incentivo à participação do acompanhante e facilitação do processo de transição para a parentalidade⁵. No eixo **4.2**, a prática diária exigiu monitorização do estado de saúde da puérpera e do RN e deteção de desvios e complicações (**4.2.2–4.2.4**), com referenciação adequada sempre que ultrapassados os limites de atuação, evidenciando vigilância clínica contínua e gestão do risco em tempo real⁵.

No que respeita às **CME**, este EC constituiu um contexto fértil para operacionalizar pensamento crítico e resolução de problemas (**a**), integração de conhecimento perante situações complexas e imprevisíveis (**b**), comunicação fundamentada (**c**) e aprendizagem ao longo da vida e melhoria contínua (**d**)⁶. A complexidade do IP, combinando elevada rotatividade, carga assistencial intensa e necessidade de garantir segurança, ensino e suporte emocional, reforçou a necessidade de integrar rapidamente informação clínica, prioridades do serviço e necessidades individuais da mulher⁶. A comunicação clara e fundamentada foi treinada quer na relação com as puérperas e famílias, quer na articulação intraprofissional e interprofissional, assumindo-se como determinante da continuidade e segurança dos cuidados⁶. Em termos reflexivos, este EC permitiu consolidar competências avançadas de vigilância pós-natal, apoio à parentalidade e educação para a saúde, tornando igualmente evidente que a profundidade e sistematização dos ensinamentos, incluindo a literacia em direitos no pós-parto, permanece fortemente condicionada por fatores organizacionais, como tempo, privacidade e carga assistencial, o que reforça a importância de estratégias realistas, graduais e sustentáveis ao longo dos restantes EC^{5,6,33}.

III.3. Internamento de Grávidas

III.3.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico

O EC internamento de grávidas(IG) decorreu entre 28/10/2025 e 03/12/2025, num hospital da região de Lisboa, em regime de turnos de 12h30 (08h00–20h30 e 20h00–08h30), num total de 12 turnos, 150 horas de contacto. Este contexto corresponde a uma unidade vocacionada para a vigilância e tratamento de grávidas com patologia e/ou necessidade de monitorização materno-fetal, integrando, igualmente, situações de interrupção médica da gravidez (IMG) e de indução do trabalho de parto (ITP), o que confere ao serviço um perfil de elevada exigência clínica e organizacional.

Do ponto de vista estrutural, o IG dispõe de sala de enfermagem, sala de observação médica com ecógrafo, quatro quartos individuais com instalação sanitária privativa e quatro quartos duplos, apoiados por duas instalações sanitárias no corredor, bem como sala de arrumos. O serviço encontra-se funcionalmente interligado ao internamento de ginecologia, onde se localizam o gabinete da chefia e a copa, evidenciando uma organização em proximidade que favorece articulação logística e partilha de recursos, sem prejuízo das especificidades assistenciais do IG.

A composição da equipa de enfermagem por turno integra, de forma regular, dois EE-ESMO, assegurando resposta especializada contínua às necessidades de vigilância e intervenção clínica neste tipo de internamento. A equipa médica de obstetrícia realiza visita no turno diurno e mantém-se de chamada para intercorrências, permitindo uma gestão assistencial centrada na monitorização contínua e na intervenção atempada perante alterações maternas e/ou fetais.

Relativamente à atividade assistencial desenvolvida durante o período de estágio, de acordo com o registo de atividades, foram realizadas 66 assistências de enfermagem no âmbito de exames pré-natais, das quais 26 em situações classificadas como “normais” e 40 em situações de “risco”, evidenciando um predomínio de grávidas com necessidade de vigilância acrescida (aproximadamente 60,6% das assistências). Em paralelo, foram efetuadas 91 CTG, 11 toques vaginais e duas ultrassonografias, traduzindo um quotidiano clínico fortemente marcado pela monitorização materno-fetal e pela avaliação dirigida de risco obstétrico, com particular ênfase na vigilância da contratilidade uterina, bem-estar fetal e avaliação do colo uterino, em articulação com a decisão médica. Esta atividade clínica contribuiu diretamente para o cumprimento dos objetivos de aprendizagem da unidade curricular relativos à assistência especializada à grávida/família na vigilância

pré-natal normal e de risco, em situação de internamento, bem como à integração de exames especiais de obstetrícia no processo assistencial.

Neste hospital, em 2025, nos meses de outubro a dezembro, registaram-se respetivamente 1897 partos, dos quais 669 por cesariana, correspondendo a uma percentagem de cesarianas de 35,3%; 2087 partos, 746 por cesariana (35,7%); 2278 partos, 805 por cesariana (35,3%)³⁴. O volume de partos/cesarianas nos meses que decorreu o EC, permite enquadrar o IG como unidade inserida num hospital com atividade obstétrica relevante³⁴.

III.3.2. Diagnóstico de situação: Direitos da Mulher no Internamento de Grávidas

Construído a partir da observação participante, da integração progressiva na dinâmica assistencial e da reflexão crítica orientada pelo eixo estruturante do projeto - com particular incidência no PN, na informação adequada ao momento clínico, no consentimento informado e na participação ativa da grávida na tomada de decisão - este diagnóstico não se configura como uma avaliação institucional, mas como uma leitura contextualizada que identifica elementos facilitadores e aspetos a fortalecer relevantes para a implementação do PP e para a interpretação dos resultados locais.

De forma global, o IG revelou um contexto predominantemente alinhado com uma cultura de cuidados respeitadores, centrada na mulher e no acompanhante, com relações terapêuticas geralmente empáticas e promotoras de confiança. Em situações de ITP, observou-se, na maioria das interações, incentivo à mobilidade e atividade, recurso a métodos não farmacológicos de alívio da dor (como o duche) e respeito pela vontade expressa pela grávida sempre que clinicamente compatível, favorecendo uma vivência mais participada e com maior perceção de controlo. Estas práticas assumem particular relevância num cenário em que a ansiedade e o desconforto podem ser intensificados pela imprevisibilidade clínica e pela permanência prolongada em internamento.

Em paralelo, foram identificadas oportunidades de melhoria diretamente relacionadas com o foco do projeto. Desde o primeiro contacto com a dinâmica do serviço, tornou-se evidente que o PN não estava sistematicamente integrado na rotina de admissão e planeamento de cuidados: não era prática habitual perguntar de forma estruturada se a grávida possuía PN, nem registar e discutir o seu conteúdo de modo consistente. Este aspeto traduz uma lacuna operacional importante, porque reduz a probabilidade de o PN funcionar como instrumento facilitador de decisão partilhada e de

alinhamento entre expectativas da grávida e intervenções clínicas, ficando a sua valorização dependente de iniciativas individuais.

Adicionalmente, observou-se variabilidade na forma como certos procedimentos eram comunicados, sobretudo os mais íntimos. Em situações pontuais, a comunicação assumia a forma de aviso do ato a realizar, sem explicitação consistente do racional clínico e/ou sem solicitação explícita de consentimento verbal, e foram identificadas circunstâncias em que a grávida poderia não ser informada de forma completa sobre a totalidade do procedimento associado à avaliação vaginal. Sem desconsiderar a pressão assistencial e a normalização histórica de determinados atos, estes achados reforçam a pertinência de consolidar uma cultura comunicacional assente em explicar, pedir consentimento e confirmar compreensão, em particular quando existe procedimentos invasivos, desconforto ou vulnerabilidade acrescida.

No plano da cultura de equipa, verificou-se um serviço com uma proporção significativa de profissionais com muitos anos de carreira e experiência consolidada. Reconheceu-se que, nos últimos anos, ocorreram alterações relevantes de protocolos e práticas, evidenciando capacidade de adaptação; contudo, foi também perceptível alguma reserva face a novas mudanças, particularmente na incorporação explícita do PN e na formalização do consentimento informado como rotina transversal. Segundo *Leininger*, esta cultura profissional identifica a necessidade de uma reestruturação ou repadronização do cuidado, visando transformar padrões institucionais em práticas mais congruentes com os direitos da mulher^{30,31}. Assim, o diagnóstico sustentou a necessidade de uma intervenção que não se limitasse à capacitação das utentes, mas incluísse uma componente dirigida à equipa, orientada para clarificar conceitos, reduzir variabilidade e apoiar a integração do PN e do consentimento como elementos estruturantes de cuidados respeitadores.

III.3.3. Implementação do Plano de Projeto

No IG, a implementação do PP manteve a lógica metodológica definida nos EC anteriores, mas foi ajustada à especificidade do IG, em coerência com o Apêndice U. Atendendo à natureza clínica deste contexto, ficou acordado privilegiar grávidas internadas por ITP, de forma a maximizar a possibilidade de recolha antes e após o parto e de leitura do impacto do conhecimento dos direitos e, quando aplicável, do PN.

No primeiro objetivo específico - promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas - a operacionalização decorreu em articulação

estreita com a SC e a SP. O primeiro turno em IG ocorreu a 28/10/2025 e, a 30/10/2025, realizou-se a primeira reunião formal com elaboração de ata (Apêndice V), na qual se discutiu a aplicabilidade do projeto e se confirmou a ausência de impedimentos à sua implementação, desde que ajustada ao funcionamento do serviço e a internamentos que permitissem recolha antes e após o parto. Nesta reunião definiram-se o desenho operacional, o circuito de aplicação e o modo de registo em roteiro. O acompanhamento foi posteriormente consolidado em reuniões intermédia e final, a 10/11/2025 e 30/11/2025, garantindo monitorização da exequibilidade e coerência entre o planeado e o executado.

No segundo objetivo específico - sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos - ficou acordado um modelo de aplicação com etapa adicional de *follow-up* no puerpério. A intervenção iniciava-se com aplicação do roteiro para recolha de dúvidas e conhecimento prévio, seguia-se o momento de educação para a saúde e, de imediato, nova aplicação do roteiro para avaliar a sessão e recolher expectativas sobre o impacto potencial da informação no momento do parto (Apêndices W, X). Após esta fase, procedia-se à entrega do *QR code* em porta-chaves e, mediante concordância prévia, realizava-se visita ao puerpério para aplicação do roteiro final, completando a recolha após o parto. Para assegurar comparabilidade, foram utilizados roteiros diferenciados para grávidas com PN e sem PN, conforme já estabilizado no BP. A execução concretizou-se com a aplicação de quatro roteiros no total, distribuídos por duas grávidas sem PN e duas grávidas com PN, assegurando recolha pré-intervenção, avaliação imediata pós-intervenção e recolha final no puerpério quando clinicamente viável.

No terceiro objetivo específico - discutir a viabilidade de apresentação da temática com a equipa de enfermagem - a intervenção foi orientada pelo diagnóstico situacional, tendo-se observado que não era prática habitual identificar sistematicamente o PN na admissão, registar o seu conteúdo e discuti-lo com a grávida. Neste contexto, foi proposta formação dirigida à equipa sobre PN, com prioridade atribuída à sua operacionalização prática e na articulação com direitos, consentimento e decisão partilhada (Apêndice AD), bem como a afixação de *posters* com o *QR code* do recurso digital na sala de enfermagem e no corredor (Apêndice AC). A reunião com a enfermeira “segundo elemento” ocorreu a 10/11/2025, tendo sido aprovada a realização da formação e a afixação dos *posters*. As formações decorreram entre 20/11/2025 e 26/11/2025, num total de quatro sessões, abrangendo oito elementos diferentes da equipa, com plano de sessão (Apêndice AV) e

tendo sido aplicado um formulário final de avaliação para recolher apreciação sobre clareza, utilidade e aplicabilidade (Apêndice AE).

III.3.4. Resultados da Implementação do Projeto

À semelhança do realizado nos contextos anteriores, a análise dos resultados locais em IG foi construída a partir dos registos dos roteiros, integrando os itens estruturados de seleção e os comentários livres das participantes, enquanto elemento qualitativo essencial para compreender a perceção do impacto do conhecimento dos direitos e, quando aplicável, do PN (Apêndices Y, Z, AA, AB). Para efeitos de anonimização e leitura, as participantes são identificadas como IG1 e IG2 (sem PN), e IG3 e IG4 (com PN). A leitura dos dados foi organizada à luz da matriz analítica comum descrita no início do capítulo III.

No Momento 1 - Situação inicial antes da intervenção - IG1 (29 anos; nacionalidade portuguesa; ensino superior), IG2 (28 anos; nacionalidade angolana; ensino secundário), IG3 (28 anos; nacionalidade brasileira; ensino secundário) e IG4 (35 anos; nacionalidade portuguesa; ensino superior) eram primíparas. Relativamente ao conhecimento prévio de direitos e às fontes de informação, observou-se um padrão globalmente parcial/superficial, com predomínio de fontes informais. IG1 referiu internet/redes sociais e família/amigos; IG2 referiu internet/redes sociais; IG3 referiu CPPP e internet/redes sociais; e IG4 referiu CPPP e família/amigos. Nenhuma das participantes identificou profissionais de saúde como fonte estruturada de informação prévia. Este padrão refletiu-se também na identificação espontânea de direitos e nas dúvidas formuladas: IG1 não nomeou direitos concretos e expressou necessidade de clarificação ampla (“Quer conhecer todos os direitos de forma geral”); IG2 identificou o direito ao acompanhante, mas manteve dúvidas centradas em autonomia e participação, como liberdade de movimentos/posições e possibilidade de recusar intervenções/procedimentos; em IG3 e IG4, foi assinalado que o PN não tinha sido previamente discutido com profissionais de saúde, mantendo-se dúvidas sobre a sua validade prática e sobre o alcance do exercício da autonomia em contexto real. A natureza dessas dúvidas foi particularmente expressiva: IG3 questionou “se pode realmente recusar uma intervenção” e se, ao recusar, “a podem expulsar do hospital”; IG4 questionou “O que são direitos e se são válidos para qualquer hospital” e “Se os profissionais são obrigados a respeitar o PN.” Verificou-se ainda heterogeneidade no processo de elaboração do PN: IG3 elaborou-o no âmbito do CPPP e IG4 elaborou-o autonomamente. Quanto ao conteúdo, ambos incluíam preferências

relativas a acompanhante, mobilidade/posições e contacto pele a pele; IG3 incluiu ainda preferências relacionadas com o ambiente e intervenientes; IG4 incluiu limitação de intervenções sem indicação clínica.

No Momento 2 - Efeito imediato do momento de educação para a saúde - As quatro participantes avaliaram a comunicação como clara e compreendida, considerando que a informação poderia fazer “alguma diferença” na vivência do parto, ainda que essa expectativa tenha sido expressa com prudência. Tal como no grupo sem PN, também nas participantes com PN o momento educativo foi avaliado como claro e adequado, com expectativa de impacto positivo do conhecimento. Neste momento, os resultados sugerem valorização transversal da intervenção educativa e reforçam a pertinência de abordar os direitos e o PN ainda antes do TP, em tempo útil para esclarecer dúvidas, consolidar confiança e apoiar a participação informada.

No Momento 3 - Resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva no pós-evento - IG1 e IG2 tiveram parto eutócico, com boa adaptação neonatal (APGAR 9/9/10 em IG1; APGAR 9/10 em IG2). Em IG1 foi registado contacto pele a pele com duração aproximada de 1 hora; em IG2 não foi registada informação relativa a este parâmetro. IG3 teve parto eutócico, com “parto respeitado”, APGAR 9/10 e registo de contacto pele a pele; IG4 teve parto distócico instrumentado por ventosa, com APGAR 10/10, tendo descrito a vivência como particularmente intensa no período expulsivo. Na avaliação pós-evento, IG1 descreveu uma experiência globalmente positiva e não assinalou perceção de situações de desrespeito/violação de direitos. Apesar da dor intensa, valorizou o modo como a comunicação foi ajustada às suas necessidades, sublinhando: “Tive tanta dor que nem conseguia pensar... Mas a enfermeira foi sempre falando comigo como eu pedi no início.” Associou ainda o conhecimento adquirido a maior *agency* e confiança na interação clínica: “Realmente faz muita diferença ter o conhecimento do nosso lado... Eu pensei que não seria capaz de dizer que não, mas fui! ... Senti-me com mais força e confiança...” Em IG2, embora a experiência global tenha sido descrita como “muito positiva/como desejado”, foi identificada perceção de situação de desrespeito/violação de direitos no BP, sobretudo relacionada com abordagem e consentimento. O comentário livre evidencia uma vivência em que a técnica proposta foi percecionada como não devidamente explicada nem consensualizada, associando a informação recebida no internamento a maior capacidade de questionar e recusar: “Nós achamos sempre que não se pode dizer que não, não se questiona o médico... Houve uma médica que entrou sem pedir, sem falar para mim, mandou-me deitar e pôs a luva sem explicar nada... Fui eu que

perguntei o que estava a acontecer... Quando ela disse que queria fazer o toque eu disse que não, que a enfermeira tinha feito há cinco minutos. Senti-me muito feliz quando ele nasceu... eu fiz como eu quis!”

Nas participantes com PN, IG3 avaliou a experiência como “muito positiva” e assinalou respeito do PN tanto no internamento como no BP, reportando uma vivência de suporte e continuidade relacional: “Foi muito tranquilo, apesar da dor, senti-me sempre acompanhada” e “Senti que a enfermeira me conhecia, ela sugeria tudo o que eu queria na altura certa. E deixou o meu marido muito à vontade.” Simultaneamente, registou-se uma nota crítica relevante para a leitura do grau de operacionalização do PN: “Desejos e preferências respeitadas: ambiente, intervenientes e TP no duche. Não ofereceram epidural, como pedido no PN.” Em IG4, a experiência foi classificada como neutra, com respeito do PN no internamento, mas apenas parcial no BP, e com perceção explícita de situações de desrespeito/violação de direitos durante o parto, identificando falta de informação/explicação adequada, ausência de consentimento informado e falta de privacidade. Apesar disso, considerou que o PN e o conhecimento dos direitos influenciaram positivamente a vivência e destacou o valor da informação como fator protetor: “Haveria de existir mais pessoas que nos ensinassem sobre os nossos direitos... Se não nos tivéssemos cruzado no internamento isto teria sido muito pior...”

De forma global, em IG observa-se um padrão transversal: conhecimento prévio frequentemente limitado e dependente de fontes informais, dúvidas centradas no alcance prático dos direitos e na legitimidade/operacionalização do PN, elevada valorização do momento educativo e perceção pós-evento de influência positiva do conhecimento, expressa em indicadores de autoeficácia, como colocar questões, participar nas decisões, aceitar/recusar intervenções após explicação e, no caso de IG4, invocar o PN. A coexistência, em duas participantes (IG2 e IG4), de uma avaliação global positiva/neutra com identificação de episódios críticos reforça a relevância de distinguir, na análise integrada, satisfação global, respeito percebido e ocorrência localizada de falhas em comunicação, consentimento e privacidade.

Os ganhos em saúde em IG foram globalmente semelhantes aos descritos no BP, reforçando literacia, *agency* e sensação de controlo na experiência de cuidados. Acresce, neste contexto, o benefício de ocorrer antes do TP, aumentando o potencial de preparação antecipatória e de mitigação de ansiedade/impacto emocional quando surgem momentos mais exigentes^{20,27}.

Resultados da formação à equipa

No âmbito das sessões formativas realizadas no IG, foi aplicado um formulário final pós-formação (Apêndice AE), de resposta anónima, com 8 respostas (Apêndice AF). Não foi aplicado formulário inicial (pré-formação), por constrangimentos organizacionais/temporais do serviço, pelo que os resultados devem ser interpretados como avaliação descritiva da aceitabilidade, clareza e utilidade percebida da formação, sem possibilidade de comparação pré-pós.

A avaliação global da sessão foi elevada. Na escala 1–10, 62,5% (5/8) atribuiu 10/10, 25% (2/8) atribuiu 9/10 e 12,5% (1/8) atribuiu 8/10, não se registando classificações inferiores. Quanto à relevância do conteúdo para a prática profissional, verificou-se consenso: 100% (8/8) classificou o conteúdo como “sim, muito relevante”.

No que respeita à clareza e acessibilidade da apresentação, novamente se verificou concordância total: 100% (8/8) considerou o conteúdo “totalmente claro”, sem registo de respostas nas categorias “maioritariamente claro”, “algumas partes confusas” ou “pouco ou nada claro”. Nos comentários livres sobre aspetos positivos (n=6), destacaram-se elementos diretamente alinhados com o racional do projeto e com necessidades identificadas no serviço: a atualização normativa (“Trazer a nova lei”), a fundamentação científica (“O conteúdo baseado na evidência atual”), a utilidade do recurso de continuidade (“O *poster* que foi entregue no serviço para aceder à informação... muito esclarecedor”), a valorização da discussão do PN como ferramenta (“Que tenha sido proposto o serviço ter o seu PN para as mulheres que não têm”), e a pertinência de atualização para profissionais com maior distância temporal da formação recente (“Trazer este assunto para profissionais mais desatualizados”).

Relativamente a aspetos a melhorar (n=3), as sugestões incidiram sobretudo em condições de execução e aprofundamento: necessidade de melhores condições físicas (“Apenas o espaço físico da apresentação...”), integração de exemplos práticos (“Poderia ter exemplos de casos práticos”) e disponibilização de mais tempo para apresentação/discussão (“Mais tempo de apresentação”). Estas sugestões são coerentes com a natureza do conteúdo (ético-legal e operacional), que beneficia de discussão aplicada a situações clínicas concretas e de espaço para clarificação de dúvidas.

Quanto ao impacto percebido, 50% (4/8) referiu que a formação alterou significativamente a perspetiva, 25% (2/8) indicou alteração subtil, e 25% (2/8) afirmou que já partilhava a visão previamente; não houve respostas a indicar dúvidas ou

resistências persistentes, nem respostas de não participação. Por fim, 100% (8/8) referiu que recomendaria a formação a outros colegas.

III.3.5. Aquisição de Competências

O EC em IG constituiu um contexto clínico de elevada complexidade na tomada de decisão e de risco potencial, no qual a vigilância materno-fetal, a identificação precoce de complicações e a comunicação clínica em situação de incerteza assumiram centralidade no cuidado especializado (Anexos I, II e III)^{5,6,33}. Neste contexto, a reflexão incide sobre as competências mais mobilizadas, atendendo à especificidade do IG, particularmente em situações associadas a risco obstétrico, ameaça de parto pré-termo e processos de ITP, que exigiram articulação entre vigilância clínica, educação para a saúde e continuidade do cuidado^{5,6,33}.

No plano das **CCEE**, **A1** foi mobilizada de forma particularmente visível, uma vez que o IG é marcado por propostas diagnósticas e terapêuticas sucessivas, exigindo que a informação seja compreensível, proporcionada e temporalmente adequada, permitindo participação realista da mulher nas decisões compatíveis com o seu quadro clínico³³. Neste contexto, a operacionalização do consentimento informado foi trabalhada como processo, e não como ato pontual, sobretudo quando coexistiam ansiedade, imprevisibilidade e perceção de risco, reforçando a necessidade de comunicação intencional, validação de dúvidas e respeito pela autonomia³³. Em continuidade, **A2** concretizou-se na proteção da dignidade, privacidade e autodeterminação da grávida em situações de internamento clinicamente exigentes, procurando assegurar que a informação era suficiente, temporalmente adequada e compatível com uma participação realista nas decisões ao longo do percurso assistencial³³. No domínio **B**, o IG permitiu consolidar competências de gestão do risco e de qualidade em tempo real, porque a prevenção de eventos adversos depende de avaliação sistemática, antecipação e resposta precoce a desvios³³. A observação de práticas não uniformizadas na identificação e integração do PN na admissão e ao longo do internamento constituiu um estímulo para pensar a qualidade como processo - rotinas, registos e transmissão de informação - e não apenas como desempenho técnico, mobilizando igualmente **B1**, pela formação e pelos materiais dirigidos à equipa, orientados para reduzir variabilidade e reforçar consistência assistencial no eixo direitos/PN/consentimento³³. No domínio **C**, destacaram-se **C1/C2**, pela necessidade de articulação contínua entre enfermeiros e equipa médica obstétrica, quer na vigilância e interpretação de dados, com especial destaque no CTG e na avaliação

do risco de parto pré-termo, quer na decisão de escalonamento e transferência para BP em fases específicas do percurso clínico³³. A comunicação profissional e a passagem de informação intraprofissional e interprofissional foram, assim, determinantes para segurança e continuidade dos cuidados³³. A liderança assumiu sobretudo expressão situacional, através da priorização, organização do cuidado, pedido precoce de apoio e gestão de recursos de forma ajustada ao contexto, mantendo um ambiente terapêutico possível e clinicamente seguro³³. No domínio **D**, destacou-se **D2**, uma vez que a intervenção educativa em direitos e PN implicou mobilização fundamentada de referenciais legais e normativos e sua tradução em linguagem clinicamente útil, quer no contacto com as grávidas, quer na capacitação da equipa³³. Acresce que a própria estrutura do PP neste EC - recolha antes/depois, aplicação de roteiros diferenciados com e sem PN, visita pós-parto para recolha final e avaliação da formação - favoreceu uma postura de pensamento sistemático, rastreabilidade e análise crítica da prática, coerente com uma práxis especializada sustentada em evidência³³.

No plano das **CEEE-ESMO**, o IG foi particularmente fértil para consolidar o domínio **2**, relativo ao período pré-natal, pela monitorização materno-fetal, avaliação do risco e vigilância de grávidas com patologia e necessidade de internamento/observação, incluindo situações associadas a ameaça de parto pré-termo e a processos de indução do TP⁵. A realização e interpretação de CTG, a avaliação clínica seriada e a identificação precoce de desvios ao padrão esperado permitiram reforçar competências de diagnóstico, prevenção de complicações e tomada de decisão partilhada em contexto de risco⁵. Em complemento, o percurso assistencial em IG, frequentemente articulado com o BP, permitiu mobilizar componentes do domínio **3** na fase de preparação e acompanhamento inicial de situações de ITP, em que a comunicação, a gestão do desconforto, a vigilância e a antecipação de necessidades condicionam simultaneamente a segurança e a experiência de cuidados⁵. A dimensão pós-parto (**domínio 4**) foi também convocada quando ocorreu a visita ao puerpério para recolha final do roteiro, reforçando a lógica de continuidade do cuidado e a leitura do percurso gravídico-puerperal como continuum assistencial e comunicacional⁵.

No que respeita às **CME**, o EC em IG reforçou, de forma particularmente marcada, a capacidade de gerir complexidade e imprevisibilidade (**b**), ao exigir integração de dimensões clínicas - risco, vigilância e critérios de escalonamento -, ético-legais - direitos, consentimento e PN - e organizacionais - rotinas, comunicação e continuidade -, traduzindo-as em intervenção ajustada e exequível⁶. O pensamento crítico e a resolução

de problemas **(a)** foram mobilizados na adaptação do projeto ao contexto, nomeadamente no foco em grávidas em ITP para permitir recolha antes/depois e pós-parto, e na construção de soluções realistas para capacitação da equipa, incluindo formação breve e materiais de consulta⁶. A comunicação fundamentada **(c)** foi exercitada na relação com as grávidas, através de explicação, validação de dúvidas e negociação de opções, e com os profissionais, na discussão do PN, do consentimento informado e da sua operacionalização prática⁶. A aprendizagem ao longo da vida e melhoria contínua **(d)** evidenciaram-se na incorporação de feedback e na reformulação progressiva de estratégias de intervenção e comunicação, com vista a maior consistência e aplicabilidade⁶.

III.4. Exames da Gravidez de Alto Risco e Exames Especiais de Ginecologia

III.4.1. Caracterização do Contexto de Ensino Clínico

De acordo com o programa do ciclo de estudos, este período correspondeu a dois EC distintos, com duração prevista de uma semana cada e carácter predominantemente observacional, EGAR e EEG. Atendendo, porém, a que ambos decorreram no mesmo serviço, com a mesma SC e com exposição transversal a atividade obstétrica e ginecológica ao longo das duas semanas, optou-se por integrar ambos num único capítulo, por coerência descritiva e para evitar redundância.

O estágio decorreu entre 04/12/2025 e 19/12/2025, totalizando 74 horas, distribuídas por oito turnos com duração variável (entre 8h e 12h), num serviço de consulta externa de obstetrícia e ginecologia de uma unidade hospitalar pública da Área Metropolitana de Lisboa. O circuito assistencial observável corresponde ao funcionamento típico de consulta externa hospitalar: admissão administrativa em sala de espera, seguida de chamada por senha e encaminhamento para consulta/procedimento, com articulação entre gabinetes médicos, áreas técnicas e equipa de enfermagem.

Do ponto de vista estrutural, o serviço integrava: gabinete/sala de enfermagem, sala de CTG, oito gabinetes médicos (três com ecógrafo), sala de tratamentos, instalações sanitárias para utentes e profissionais, copa e sala de arrumos. A equipa de enfermagem, por turno, era constituída por dois enfermeiros especialistas e dois enfermeiros generalistas, distribuídos entre consultas, CTG e tratamentos, assegurando suporte a procedimentos diferenciados e continuidade funcional num serviço com elevada rotação.

A consulta externa integrava áreas diversificadas, incluindo: acompanhamento da grávida de alto risco e diagnóstico pré-natal (incluindo procedimentos obstétricos diferenciados), consultas de interrupção voluntária da gravidez (IVG), e exames/consultas ginecológicas (incluindo patologia do colo, rastreios e senologia). Um aspeto distintivo e particularmente relevante para este RE foi a existência de consultas de seguimento da gravidez de baixo risco conduzidas por EE-ESMO, permitindo observar e, também realizar sob supervisão clínica, consultas no 1.º e no 3.º trimestre, com integração de monitorização materno-fetal, avaliação clínica e ensinos.

No âmbito obstétrico, destacou-se a consulta do 1.º trimestre, conduzida pelo EE-ESMO, na qual se procede frequentemente à datação ecográfica (ecografia simples), etapa essencial para calendarizar corretamente a ecografia do 1.º trimestre e o rastreio combinado. A orientação nacional para ecografia na gravidez de baixo risco refere que a ecografia do 1.º trimestre deve ser realizada entre 11 e 13 semanas + seis dias, com objetivos como confirmar viabilidade, determinar número de fetos/corionicidade e datar corretamente a gravidez³⁵. O rastreio combinado do 1.º trimestre visa estimar o risco de aneuploidias (p. ex., trissomias 21, 18 e 13), combinando marcadores ecográficos e bioquímicos maternos; documentação institucional de uma unidade do SNS descreve, neste período, a avaliação de marcadores ecográficos (p. ex., translucência da nuca e osso nasal) em articulação com a ecografia do 1.º trimestre¹⁷. Assim, quando, após datação, a gravidez se encontrava já no intervalo temporal adequado, eram organizadas as colheitas/analíticas e programada a ecografia do 1.º trimestre para cálculo do risco; quando a idade gestacional ainda não se encontrava na janela recomendada, eram agendadas analíticas e ecografia para o momento correto, com base na datação efetuada na consulta.

No 3.º trimestre, observou-se consulta de seguimento com monitorização clínica e materno-fetal (nomeadamente CTG, avaliação clínica e ensinos), incluindo, quando indicado, toque vaginal e, em situações selecionadas e com gravidez avançada, proposta de descolamento de membranas como medida mecânica, articulada com o planeamento de indução caso o parto não ocorresse espontaneamente.

III.4.2. Diagnóstico de Situação: Direitos da Mulher na Consulta de Exames da Gravidez de Alto Risco e Exames Especiais de Ginecologia

De forma consistente, observou-se uma prática clínica marcada por comunicação estruturada, com explicitação de procedimentos, discussão de alternativas (prós/contras)

e integração do consentimento informado como rotina em múltiplos atos clínicos, com particular evidência em procedimentos/consultas potencialmente sensíveis (p. ex.: consulta de IVG), onde se observou também abordagem de planeamento familiar e contraceção. No âmbito das consultas conduzidas por EE-ESMO, foram igualmente observados ensinamentos integrando direitos no ciclo gravídico-puerperal, contribuindo para uma prática centrada na pessoa e para decisão informada.

Neste enquadramento, e especificamente no que respeita ao eixo do PP, a necessidade identificada não foi a introdução “do tema” direitos/consentimento (que se encontrava já presente em múltiplas interações), mas sobretudo a criação de uma condição de acessibilidade contínua à informação fidedigna e padronizada, em locais de circulação e espera, evitando que a literacia em direitos dependa exclusivamente do momento da consulta e do profissional presente. Esta leitura ganhou particular relevância no quadro legislativo recente, que prevê a obrigatoriedade de afixação de cartazes informativos sobre direitos e mecanismos de reclamação de VO, nos estabelecimentos que prestam atendimento ao parto e nascimento. A equipa mostrou-se receptiva à proposta de afixação de cartaz e reconheceu a utilidade do recurso, referindo não ter conhecimento prévio de que o enquadramento legal prevê a afixação deste tipo de informação - elemento interpretado como indicador de pertinência e aceitabilidade da intervenção proposta.

Importa ainda registar que, durante este período, a exposição a exames ginecológicos diferenciados foi condicionada pela gestão e agendamento do serviço, com menor disponibilidade de atos marcados nas datas do estágio, o que limitou a observação nesta vertente e concentrou a experiência sobretudo em consultas obstétricas e consultas conduzidas por EE-ESMO.

III.4.3. Implementação do Plano de Projeto

À semelhança dos restantes contextos, a implementação do PP é apresentada por objetivos (Apêndice AG). Contudo, neste EC, a natureza observacional e a curta duração determinaram um nível de implementação intencionalmente reduzido, conforme previsto no planeamento: o objetivo específico consistiu em apresentar o projeto à SC e avaliar a viabilidade de disponibilização do recurso informativo às utentes grávidas.

Nesse sentido, em 05/12/2025, realizou-se reunião com a SC para apresentação do projeto e discussão de exequibilidade no contexto da consulta externa. Em coerência com o diagnóstico situacional, foi proposta a afixação do mesmo *poster* utilizado nos EC anteriores, contendo o *QR code* de acesso ao *site* produzido no âmbito do projeto,

dedicado aos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal (Apêndice AH). Foi acordada a colocação em dois locais: sala de CTG, favorecendo o acesso das utentes em tempo de espera/monitorização, e sala de enfermagem, como suporte de consulta para profissionais. O *poster* foi, então, afixado no último dia de estágio (19/12/2025), nos locais acordados. Assim, considera-se cumprido o objetivo previsto para este EC.

III.4.4. Aquisição de Competências

Embora este EC estivesse inicialmente enquadrado como predominantemente observacional, constituiu uma oportunidade formativa particularmente relevante para a consolidação de competências, ao integrar, no mesmo serviço, consulta externa obstétrica com prática avançada, incluindo ecografia simples e CTG, contacto com consultas e procedimentos de elevada carga emocional, como IVG, IMG e diagnóstico pré-natal, e experiência de consulta autónoma conduzida por EE-ESMO no seguimento de gravidez de baixo risco^{5,6,33}. Foi precisamente esta possibilidade de participação ativa supervisionada, para além da observação inicialmente expectável, que permitiu maior concretização dos objetivos de aprendizagem da UC relativos à assistência especializada à mulher/família no planeamento familiar, nos exames complementares de diagnóstico e na vigilância pré-natal normal e de risco, incluindo consultas de alto risco e exames especiais de obstetrícia, bem como ao contacto com situações do foro ginecológico e senológico.

No plano das CCEE, destacou-se sobretudo a mobilização do domínio **A**, pela necessidade de comunicação sensível e respeito pela autonomia em contextos de decisão complexa, nomeadamente IVG/IMG, traduzida na operacionalização do consentimento informado como processo e não como ato isolado (**A1/A2**)³³. A implementação do projeto neste EC mobilizou igualmente o domínio **B**, ao exigir planeamento e adequação contextual do PP à dinâmica do serviço e ao tempo efetivo do EC, com foco em literacia em saúde e direitos (**B2**)³³. No domínio **D**, destacou-se **D2**, pelo exercício de integração de conhecimento válido e pertinente na prática clínica supervisionada e pela reflexão sistemática com base no observado, traduzindo referenciais legais, normativos e científicos em leitura crítica da prática³³.

No plano das CEEE-ESMO, para além das competências do período pré-natal, este contexto mobilizou pontualmente os domínios **1, 5 e 6**, pelas consultas de IVG e pelo contacto com situações do foro ginecológico e senológico, favorecendo ainda competências de avaliação clínica, vigilância materno-fetal e integração de meios

complementares, com mobilização consistente das unidades **2.1.3**, **2.2.2** e **2.2.6**⁵. A realização, sob supervisão clínica, de consultas de rastreio do 1.º trimestre com ecografia de datação e de consultas do 3.º trimestre integrando CTG, avaliação clínica e toque vaginal quando indicado, permitiu aprofundar raciocínio clínico, destreza técnica e comunicação proporcional⁵. A realização de três descolamentos de membranas constituiu oportunidade específica de treino técnico-relacional, exigindo explicitação do racional, gestão do desconforto e obtenção de consentimento informado, reforçando o alinhamento entre intervenção técnica e cuidado centrado na pessoa (**2.2.2**; **2.2.6**)⁵. A integração da datação ecográfica e da calendarização do rastreio do 1.º trimestre reforçou ainda a compreensão da relevância clínica da janela temporal da ecografia do 1.º trimestre e dos respetivos objetivos, enquanto suporte à tomada de decisão e ao planeamento do seguimento⁵.

No que respeita às **CME**, este EC permitiu explicitar a sua mobilização de forma integrada: no pensamento crítico e resolução de problemas (**a**), pela consolidação de competências científicas, técnicas, éticas e culturais no julgamento clínico em consultas com ecografia simples e CTG; na integração de conhecimento e melhoria da qualidade (**b**), pela reflexão crítica sustentada em prática baseada na evidência e referenciais ético-deontológicos, particularmente em contextos de elevada carga emocional; na atuação proativa em equipa e adaptação estratégica da intervenção às condições reais do serviço (**c**); e no desenvolvimento disciplinar e da formação especializada (**d**), através da sistematização da experiência formativa, da reflexão estruturada e da sua transferência para o RE⁶.

III.5. Cuidados de Saúde Primários

III.5.1. Caracterização do Contexto do Ensino Clínico

O EC em CSP decorreu entre 05/01/2026 e 10/02/2026, num total de 150 horas, distribuídas por 24 turnos. A organização horária integrou predominantemente turnos de sete a oito horas (n=19) e, adicionalmente, cinco turnos de três horas, resultantes de uma redistribuição da carga horária que permitiu acompanhar grupos do CPPP até ao final.

O contexto assistencial correspondeu a uma UCC da Área da Grande Lisboa, integrada no mesmo edifício que outras unidades funcionais (USF). A intervenção desenvolvida durante este EC foi direcionada para projetos da área da saúde da mulher, com maior incidência em CPPP e projeto pós-parto, com massagem infantil. O espaço

físico da UCC incluía cinco gabinetes de trabalho, gabinete da chefia, gabinete de secretariado, sala de reuniões e instalações sanitárias. Existia ainda um ginásio comum à UCC e às USF do edifício, e um gabinete de consultas igualmente partilhado.

A equipa integrava duas EE-ESMO. O CPPP encontrava-se organizado em cinco sessões presenciais e cinco sessões online. As sessões online decorriam à sexta-feira de manhã, com possibilidade de participação por grávidas/casais de diferentes grupos. Para cada grupo existia uma sessão presencial semanal; no período do EC, a minha SC assegurava três sessões presenciais por semana. Os grupos integravam, em média, cinco a seis casais.

No âmbito do CPPP, participei em aulas de cinco grupos diferentes, totalizando 79 assistências de enfermagem em gravidez de baixo risco e 11 assistências em gravidez de risco. No projeto pós-parto, a massagem infantil decorria duas vezes por semana, em sessões de grupo, com participação habitual de duas a três díades, tendo sido registadas 16 assistências de enfermagem a puérperas e 16 a RN. Existia ainda o projeto “Cantinho da Amamentação”, com consulta de apoio à amamentação, que se encontrava temporariamente suspenso devido a obras no gabinete destinado a essa atividade.

No que respeita ao planeamento familiar e ao período pré-concepcional, foram registadas 13 assistências em planeamento familiar e duas assistências no período pré-concepcional. A abordagem do planeamento familiar ocorreu em diferentes momentos do EC, designadamente em conteúdos trabalhados no CPPP (incluindo contraceção no pós-parto), em interações informais no âmbito do projeto pós-parto (durante as sessões de massagem infantil) e em contexto de consulta (incluindo a participação pontual em consulta em USF com EE-ESMO). Acresce que, no circuito do CPPP, as grávidas eram convocadas para uma consulta prévia individual, que permitia acolhimento inicial, identificação de dúvidas e necessidades e esclarecimentos.

No seu conjunto, este EC contribuiu para o cumprimento dos objetivos de aprendizagem da unidade curricular relativos à assistência especializada à mulher/família no planeamento familiar, à vigilância pré-natal normal e de risco, à implementação e avaliação de programas de intervenção no âmbito da promoção da saúde e à assistência especializada à puérpera/RN/família.

A referenciação para o CPPP ocorria por duas vias: encaminhamento pela enfermeira de família para grávidas da área de atuação da UCC e inscrição espontânea através de *QR code* disponibilizado em cartaz nas salas de espera das unidades do edifício. O projeto pós-parto era apresentado no CPPP, e a adesão realizava-se por presença

espontânea das mães nos dias em que decorriam as sessões de massagem infantil, sem marcação formal.

III.5.2. Diagnóstico de situação: Direitos da Mulher nos Cuidados de Saúde Primários

O diagnóstico de situação no EC em CSP foi construído a partir da observação participante no âmbito dos projetos em que estive integrada (CPPP e pós-parto/massagem infantil), da análise crítica do conteúdo pedagógico efetivamente lecionado e da identificação de oportunidades concretas para reforçar o eixo estruturante do PP - promoção da literacia em direitos no ciclo gravídico-puerperal e prevenção de situações de VO através de capacitação antecipatória e de suporte informativo acessível. Este diagnóstico não se configura como avaliação institucional; visa, antes, identificar necessidades e oportunidades relevantes para orientar a implementação do projeto em contexto comunitário.

De forma global, observei uma equipa com elevada sensibilidade para a dimensão dos direitos das mulheres, evidenciando preocupação em munir as grávidas/casais de conhecimento que promova autonomia, participação e tomada de decisão informada. Esta postura coaduna-se com o modo de preservação ou manutenção do cuidado cultural de *Leininger*, ao sustentar padrões de assistência que já valorizam a autodeterminação e o respeito^{30,31}. O tema dos direitos e o PN encontravam-se já integrados no CPPP e existiam slides de apoio em todas as sessões, permitindo um guião pedagógico estruturado. Ainda assim, a observação da aula dedicada a direitos e PN evidenciou margem clara de melhoria em dois eixos centrais: em primeiro lugar, identificou-se necessidade de atualização e maior densidade informativa, sobretudo pela ausência de integração explícita do enquadramento jurídico recente e do que este trouxe para a proteção das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. A informação existente era útil, mas incompleta para o contexto atual, não permitindo às grávidas compreenderem, de forma inequívoca, que se trata de direitos efetivos, suportados por legislação e por referenciais normativos nacionais, e não apenas de “possibilidades” dependentes do serviço ou do profissional; em segundo lugar, identifiquei necessidade de ajuste da linguagem e do enquadramento comunicacional. Observou-se, em vários momentos, uma formulação que tende a apresentar práticas como opções (“pode ter acompanhante”, “pode pedir...”) em vez de as enquadrar como direitos (“tem direito a acompanhante”, “tem direito a ser informada e a consentir/recusar”). Esta diferença não é meramente semântica: influencia a forma

como a mulher se posiciona, a legitimidade com que formula pedidos e a confiança com que participa na decisão. Assim, a reorientação da linguagem visa a reestruturação ou repadronização do cuidado, transformando o modo como a informação é processada para fortalecer o empoderamento perante a cultura institucional^{30,31}.

Deste modo, a necessidade identificada centrou-se em reforçar uma comunicação mais assertiva, juridicamente enquadrada e operacionalizável, capaz de traduzir direitos em comportamentos concretos (como perguntar, pedir justificação, consentir de forma esclarecida, recusar de forma informada e solicitar alternativas quando existam).

No que respeita ao PN, a aula existente apresentava-o sobretudo como um documento com preferências para o momento do parto. Contudo, não se observou uma cultura pedagógica consistente de ensinar as mulheres a operacionalizar o PN na relação com os profissionais, nomeadamente: como o discutir previamente, como o apresentar/confirmar na admissão, como negociar preferências em função de cenário clínico e como o utilizar como suporte para decisão partilhada. Esta lacuna tem implicações diretas na eficácia do PN enquanto ferramenta: sem treino comunicacional e sem incentivo explícito à discussão com a equipa, o PN tende a permanecer um documento “passivo”, com menor probabilidade de influenciar o percurso assistencial.

Em termos organizacionais, observou-se ainda que, nos espaços comuns do edifício, não existia informação visível e acessível ao público sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal, por exemplo cartazes informativos ou suportes com síntese de direitos e mecanismos de sinalização/reclamação. Esta ausência reduz o acesso autónomo das utentes à informação fora do momento educativo e reforça a pertinência de estratégias que combinem educação presencial com suportes de consulta rápida e reutilizável.

No contacto com o pós-parto, o diagnóstico evidenciou um domínio de literacia particularmente vulnerável. Os direitos no puerpério surgiram, de forma geral, menos conhecidos e menos verbalizados. Este aspeto criou oportunidade pedagógica concreta durante as sessões de massagem infantil, onde o formato de grupo e a conversação informal favorecem a expressão de dúvidas, dificuldades e necessidades reais, permitindo abordar direitos associados a apoio, informação, privacidade, acompanhamento e acesso a suporte qualificado, incluindo no âmbito da amamentação.

Por fim, existia na UCC o projeto “Cantinho da Amamentação”, temporariamente suspenso por obras. A sua existência é coerente com a lógica de direitos no pós-parto, na medida em que o acesso a apoio qualificado e oportuno na amamentação se relaciona diretamente com qualidade e segurança de cuidados. A suspensão desta valência durante

o EC limitou a possibilidade de integrar essa dimensão num formato estruturado de consulta, reforçando a importância de abordar, no CPPP e no pós-parto disponível, o direito a apoio e a informação adequada em amamentação e saúde materna.

Este diagnóstico fundamentou a opção de implementar o projeto em CSP através da reformulação da aula do CPPP dedicada a direitos e PN, com atualização de conteúdos e reorientação da linguagem para uma comunicação mais efetiva, explicitando direitos como garantias e não como possibilidades, e reforçando a componente operacional de como discutir e mobilizar o PN junto dos profissionais.

III.5.3. Implementação do Plano de Projeto

Nos CSP, a implementação do PP manteve a lógica metodológica definida nos EC anteriores, mas foi ajustada à especificidade de um contexto pré-parto, grupal e estruturado de educação para a saúde, em coerência com o Apêndice AI. A opção por integrar a intervenção no CPPP decorreu do diagnóstico situacional previamente realizado, que evidenciou que a temática dos direitos da mulher e do PN já era abordada numa das sessões, mas com margem para aprofundamento, atualização e reformulação da linguagem utilizada, no sentido de explicitar direitos como garantias efetivas e não apenas como possibilidades.

No primeiro objetivo específico - promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas - a operacionalização iniciou-se com reunião formal a 05/01/2026, com registo em ata, na qual se apresentou o projeto e se definiu a sua aplicação no CPPP, bem como o desenho de recolha e a calendarização (Apêndice AJ). Realizaram-se ainda dois momentos formais de monitorização, a 21/01/2026 e 03/02/2026, centrados na avaliação da implementação, na adequação do circuito metodológico à dinâmica do CPPP e no ajustamento de conteúdos e estratégias de comunicação em função das respostas do grupo e dos constrangimentos observados. Estes momentos permitiram assegurar coerência entre o planeado e o executado e incorporar feedback da SC e SP na melhoria incremental da intervenção.

No segundo objetivo específico - sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal - a intervenção foi concretizada através de três componentes integradas: levantamento de conhecimentos prévios e dúvidas por formulário inicial (eForms) (Apêndice AL); sessão de educação para a saúde no CPPP, estruturada em slides e ajustada às necessidades emergentes do grupo (Apêndice AK); e avaliação pós-sessão por formulário final (Apêndice AM), incluindo apreciação da sessão

e perspetivas de impacto no parto. Após a sessão, foi disponibilizado o recurso digital do projeto através de *QR code* em formato porta-chaves (Apêndice B). A aplicação ocorreu com consentimento oral e informal, coerente com a natureza académica e formativa do RE e com o contexto de educação para a saúde em grupo, garantindo anonimização dos registos. A intervenção foi aplicada a 15 grávidas, distribuídas por três sessões do CPPP.

No terceiro objetivo específico - discutir a viabilidade de apresentação da temática à equipa - optou-se por um modelo assíncrono, procurando minimizar interferência com o funcionamento do serviço e, simultaneamente, alargar o acesso à informação. Para esse efeito, foi elaborado um *poster* com o *QR code* do recurso digital (Apêndice AP), destinado à afixação em local de passagem e consulta acessível às utentes e profissionais. Esta estratégia permitiu prolongar a intervenção para além do momento presencial do CPPP, reforçando a acessibilidade da informação e a sua continuidade no percurso gravídico-puerperal.

III.5.4. Resultados da Implementação do Projeto

A leitura dos resultados locais do projeto nos CSP baseia-se nos formulários inicial e final (Apêndices AN, AO) aplicados no âmbito do CPPP, pelo que a análise dos resultados locais assume natureza predominantemente quantitativa. Ainda assim, a sua leitura manteve-se alinhada com a matriz analítica comum descrita anteriormente. A intervenção foi aplicada a 15 grávidas, distribuídas por três sessões, sem distinção entre situações com ou sem PN.

No Momento 1 - Situação inicial antes da intervenção - na caracterização do grupo (n=15), as idades situaram-se entre 24 e 40 anos, com maior frequência aos 30 anos (20%); 34, 37 e 39 anos corresponderam, cada um, a 13,3%; e 24, 25, 26, 27, 31 e 40 anos a 6,7% cada. Em termos de nacionalidade, 73,3% das respostas corresponderam a nacionalidade portuguesa (incluindo variações de escrita) e 26,7% a nacionalidade brasileira. A escolaridade distribuiu-se por ensino secundário (60%) e ensino superior (40%), não se registando ensino básico. Quanto à paridade, 53,3% referiu ser primeira gravidez, 40% segunda e 6,7% terceira ou mais. Relativamente ao contacto prévio com o tema “direitos”, 33,3% referiu que sim, 40% que não, e 26,7% que não sabe/não se recorda. Entre as cinco participantes que responderam “sim” e especificaram contexto, as referências incidiram sobretudo na consulta de vigilância da gravidez (80%), surgindo ainda o CPPP (20%) e a internet/redes sociais (20%), sem referência ao hospital/BP, internamento durante a gravidez ou família/amigos. Quando solicitada a autoavaliação do

conhecimento sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal, 46,7% classificou-o como reduzido, 33,3% como moderado e 20% como bom, não se registrando respostas “muito reduzido” ou “muito bom”. Na identificação de direitos reconhecidos no momento pré-sessão, 86,7% reconheceu o direito à presença de acompanhante; 80% o direito a receber informação; 73,3% o direito a fazer perguntas/esclarecer dúvidas e o direito ao consentimento informado; 66,7% o direito à elaboração/discussão/respeito pelo PN e ao contacto pele-a-pele; 53,3% o direito à privacidade/confidencialidade e o direito a mover-se livremente/escolher posições; 46,7% o direito ao apoio à amamentação; e 6,7% assinalou não reconhecer nenhum direito. No eixo específico do PN, 60% respondeu saber o que é um PN, 26,7% respondeu que não e 13,3% não tinha certeza. Entre as nove participantes que responderam à questão subsequente sobre se já tinham pensado elaborá-lo, 77,8% respondeu “sim”, 11,1% “não” e 11,1% “indecisa”. As dúvidas registadas antes da sessão (n=10) centraram-se, de forma expressiva, em amamentação, direitos durante o parto e pós-parto, apoio psicológico pós-parto, direitos da segurança social e apoios, elaboração de um plano de nascimento conciso, presença do acompanhante e o que se pode ou não fazer durante o parto.

No Momento 2 - Efeito imediato do momento de educação para a saúde - após a sessão (formulário final; n=15), a avaliação de aceitabilidade e qualidade comunicacional foi muito elevada. Relativamente à clareza e facilidade de compreensão da sessão, 100% classificou o item no nível máximo (5). Quanto à utilidade/adequação da informação às necessidades, 93,3% atribuiu pontuação máxima e 6,7% atribuiu 4/5. Também 100% referiu ter-se sentido totalmente à vontade para colocar dúvidas e questões durante a sessão. Estes resultados sugerem elevada aceitabilidade da intervenção e adequação da linguagem utilizada ao grupo respondente.

No Momento 3 - Resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva no pós-evento - aqui traduzido em projeção antecipatória do impacto esperado, a expectativa de efeito foi igualmente expressiva. Relativamente à vivência do parto, 93,3% respondeu “sim, de forma significativa” quanto à informação poder fazer diferença e 6,7% respondeu “sim, poderá fazer alguma diferença”. No pós-parto, 53,3% considerou que fará diferença “de forma significativa” e 46,7% que “poderá fazer alguma diferença”. Quanto à afirmação de que conhecer os direitos pode contribuir para prevenir situações de desrespeito/violação, 93,3% atribuiu pontuação máxima e 6,7% atribuiu 4/5. No que respeita ao PN, após a sessão, 86,7% respondeu que tenciona elaborá-lo e 13,3% respondeu “talvez”. Quando questionadas sobre se um PN pode contribuir para prevenir

situações de desrespeito/violação, 93,3% atribuiu pontuação máxima e 6,7% atribuiu 4/5, sugerindo concordância muito elevada, ainda que reconhecendo implicitamente que o PN não funciona como garantia automática, mas como instrumento dependente de comunicação, integração e operacionalização no percurso assistencial.

Os resultados locais nos CSP evidenciam, assim, um padrão coerente com os restantes contextos: literacia prévia frequentemente limitada ou apenas moderada, reconhecimento desigual de direitos e forte valorização do momento educativo.

Para além dos ganhos em saúde já descritos nos EC anteriores, as intervenções em CSP, por ocorrer em fase pré-parto, apresentaram maior potencial de ganhos a montante, ao desenvolver confiança e competências para a vivência da gravidez/parto/puerpério e ao aumentar literacia em direitos e intenção de elaborar PN, com impacto esperado na participação informada, na procura de apoio (incluindo na amamentação) e na prevenção de complicações psicossociais evitáveis^{7,15,19,20,24}.

III.5.5. Aquisição de Competências

O EC em CSP constituiu um contexto privilegiado para operacionalizar o projeto num momento pré-parto e em formato grupal, permitindo trabalhar a literacia em direitos como intervenção de promoção da saúde e prevenção, com maior previsibilidade temporal, possibilidade de recolha antes/depois e continuidade ao longo de várias sessões^{5,6,33} (Anexos I, II e III). Neste enquadramento, a intervenção integrou-se no CPPP e favoreceu uma abordagem antecipatória dos direitos da mulher e do PN, numa fase em que a educação para a saúde podia ser mobilizada com maior margem temporal e menor pressão assistencial do que nos contextos hospitalares.

No plano das CCEE, **A1** foi mobilizada sobretudo na comunicação de direitos enquanto informação juridicamente relevante, com linguagem assertiva e orientada para a autonomia (“direito a...”) e não como mera sugestão (“pode...”), reforçando a dimensão do consentimento informado como processo e a participação ativa nas decisões em saúde³³. Esta competência foi também exercitada ao assegurar confidencialidade e prudência na recolha de dados em contexto de grupo, mantendo um registo anónimo, proporcional e compatível com a natureza formativa do trabalho³³. Em continuidade, **A2** expressou-se na criação de um espaço grupal seguro e não julgador, orientado para o acesso equitativo à informação, para o respeito pelas escolhas das grávidas e para a proteção da sua confidencialidade, dignidade e autodeterminação durante a intervenção educativa³³. No domínio **B**, as competências **B2/B3** foram particularmente favorecidas

pelo desenho da intervenção em CSP, uma vez que a aplicação com recolha pré e pós permitiu avaliar adequação, clareza e utilidade percebida, funcionando como mecanismo de automonitorização e de melhoria incremental da intervenção educativa³³. A segurança e o ambiente terapêutico (**B3**) foram aqui entendidos sobretudo como segurança informacional e emocional, criando condições para que as grávidas colocassem dúvidas, discutissem receios e clarificassem direitos sem julgamento, promovendo confiança e participação informada em contexto de maior vulnerabilidade futura³³. No domínio **C**, as competências **C1/C2** foram mobilizadas na articulação funcional com a SC e com a equipa da UCC, na integração das sessões no funcionamento do CPPP e na coordenação de recursos e materiais - *slides, site, QR code e posters* - garantindo consistência e continuidade da informação entre diferentes grupos³³. A competência **C2** assumiu uma expressão sobretudo organizacional e pedagógica, através do planeamento, gestão do tempo, adequação do ritmo da sessão ao grupo e garantia de que a intervenção era exequível e replicável no contexto real do serviço, sem depender exclusivamente da presença da autora³³. No domínio **D**, destacou-se **D2**, pela necessidade de sustentar os conteúdos em referenciais legais, normativos e evidência atual, traduzindo-os em linguagem compreensível para grávidas e clinicamente útil para decisões futuras³³. A construção do *site* como recurso transversal de consulta reforçou esta competência, ao exigir organização, curadoria e rastreabilidade das fontes, permitindo que a informação permanecesse acessível e atualizável, reduzindo dependência do momento presencial e respondendo ao objetivo de continuidade ao longo do ciclo gravídico-puerperal³³.

No plano das **CEEE-ESMO**, o EC permitiu consolidar sobretudo competências dos domínios **2** e **7**⁵. A intervenção no CPPP, centrada em direitos, consentimento informado e operacionalização do PN, reforçou competências associadas à educação para a saúde, promoção de estilos de vida e preparação para o parto e parentalidade, articulando-se com o planeamento e avaliação de cuidados educativos ajustados às necessidades identificadas através do pré-formulário e do diálogo grupal⁵. A dimensão comunitária (**7**) foi mobilizada na promoção de literacia em saúde e de *empowerment* das mulheres, numa lógica de advocacia de direitos e de capacitação para interação com os serviços, coerente com intervenções programáticas em grupo⁵. O contacto com o pós-parto, no âmbito do projeto de massagem infantil, e com temáticas de planeamento familiar e contraceção permitiu igualmente reforçar a transversalidade do cuidado, favorecendo continuidade entre gravidez e puerpério e a integração dos direitos também nesta fase, designadamente no que respeita a apoio, informação e tomada de decisão⁵.

No que respeita às **CME**, este EC favoreceu, de forma particularmente evidente, o pensamento crítico e resolução de problemas **(a)** e o desenho e implementação de intervenção avaliável **(b)**, pela operacionalização de uma sessão com recolha pré e pós, permitindo analisar necessidades prévias, ajustar conteúdos e avaliar impacto percebido⁶. A integração de conhecimento e gestão de complexidade **(b)** foi mobilizada ao articular direitos, PN e comunicação em saúde com fatores organizacionais e com a realidade assistencial observada noutros contextos, traduzindo-a em conteúdos preventivos e orientados para a prática⁶. A comunicação fundamentada **(c)** foi exercitada em contexto grupal, exigindo clareza, estrutura e adequação da linguagem a diferentes níveis de literacia, e a aprendizagem ao longo da vida e melhoria contínua **(d)** evidenciou-se na incorporação sistemática de feedback e na reformulação progressiva de materiais, com vista a maximizar utilidade e replicabilidade⁶.

III.6. Intervenções Transversais e Desenvolvimento Profissional Complementar

III.6.1. Site “Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal”

A criação do *site* “Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal” constituiu uma intervenção transversal do projeto, concebida com o propósito de garantir que a informação sobre direitos chegasse ao maior número possível de mulheres e pudesse ser consultada de forma contínua ao longo de todas as fases do ciclo gravídico-puerperal (Apêndice AQ).

O recurso digital foi criado e publicado na plataforma *Carrd*, através do subdomínio inesjordao.carrd.co, não tendo implicado registo de domínio próprio.

Num primeiro momento do planeamento, tinha sido considerada a elaboração de um folheto informativo; contudo, a extensão e densidade do conteúdo a disponibilizar, pretendendo-se reunir, num único recurso, a totalidade dos direitos considerados nucleares, tornavam esse formato menos adequado, quer por limitações de espaço, quer pela maior probabilidade de perda/deterioração do material, reduzindo a utilidade do recurso precisamente quando a mulher necessitasse de o reconsultar (gravidez, parto e pós-parto). Por esse motivo, optou-se por um recurso digital, de acesso imediato e persistente, passível de acompanhar a mulher ao longo do percurso.

O *site* inicia-se com uma introdução de enquadramento, explicitando a relevância do conhecimento dos direitos para uma experiência segura, respeitada e informada, e

contextualizando que esses direitos são protegidos em Portugal por legislação nacional e por normas/orientações técnico-científicas^{1-3,13,14,16}.

Seguidamente, apresenta-se uma secção de “Documentos normativos e regulamentares”, onde se listam as principais fontes que sustentam o conteúdo: diplomas legais; documentos da DGS; recomendações da OMS.

Após este enquadramento, os direitos são apresentados de forma estruturada, sob a forma de dez “direitos” numerados, cada um com título próprio e com indicação explícita das respetivas fontes normativas ao longo do texto: direito à informação clara e ao consentimento informado; direito a acompanhante durante a gravidez, parto e pós-parto; direito a elaborar e ver respeitado o PN; direito a cuidados respeitosos, individualizados e baseados na evidência; direito a não ser sujeita a práticas desnecessárias, abusivas ou não consentidas; direito ao contacto pele-a-pele e início precoce da amamentação; direito ao alojamento conjunto e permanência com o bebé; direito à privacidade, conforto e ambiente digno; direito à proteção legal contra a VO; e direito a cuidados no pré-parto e no pós-parto.

Uma característica metodológica relevante do recurso é a preocupação com a rastreabilidade: em cada direito, o conteúdo é acompanhado pela referência ao documento que o sustenta (leis, normas/orientações nacionais e recomendações internacionais), permitindo ao leitor reconhecer a origem normativa do direito e reforçando a credibilidade do recurso. Em particular, no domínio do PN, o *site* não se limita a o apresentar como lista de preferências, integrando também elementos operacionais relevantes, como o dever de informar e apoiar a sua elaboração e a exigência de justificação/registo quando o plano não é cumprido.

Na parte final, o *site* inclui um bloco dedicado a mecanismos de queixa/reclamação, indicando vias formais (por exemplo, livro de reclamações, ERS, Provedor de Justiça e CIG) e remetendo ainda para entidades/iniciativas de apoio em situações de VO (incluindo OVO, APDMGP e SaMaNe).

Segue-se a hiperligação para o formulário anónimo associado ao *site* (instrumento de recolha de perceção de impacto – Apêndice AR), e, por fim, a identificação da autora, do enquadramento académico do projeto, SP e contacto.

Resultados formulário do *Site*

O formulário online associado ao *site* foi preenchido após a consulta do recurso digital, pelo que, neste contexto, a aplicação da matriz analítica comum descrita no início

do capítulo III exigiu adaptação: o Momento 1 - Situação prévia autorreportada antes da consulta do *site* corresponde à caracterização das respondentes e à reconstrução retrospectiva da situação anterior à consulta; o Momento 2 - Efeito imediato do momento de educação para a saúde corresponde à avaliação imediata do recurso digital; e o Momento 3 - Resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva no pós-evento corresponde, neste caso, ao impacto percebido após a consulta do *site*, incluindo a percepção do efeito do conhecimento dos direitos e do PN na vivência do parto e na prevenção de situações de desrespeito/violação. O formulário recolheu 34 respostas, todas de mulheres que se encontravam no ciclo gravídico-puerperal (Apêndice AS).

No Momento 1 - Situação prévia autorreportada antes da consulta do *site* - as respondentes distribuíam-se por gravidez (55,9%), puerpério até seis semanas pós-parto (41,2%) e puerpério prolongado até 1 ano (2,9%). Predominou a primeira gravidez (67,6%), seguindo-se a segunda gravidez (29,4%) e terceira ou mais (2,9%). Em termos de escolaridade, 52,9% referiu ensino secundário e 47,1% ensino superior. Quanto à nacionalidade, verificou-se predomínio da nacionalidade portuguesa, incluindo variações de escrita (70,6%), seguida da brasileira (17,6%), surgindo ainda respostas angolana, russa e outras variações residuais. Relativamente à abordagem prévia dos direitos por profissionais de saúde, apenas 26,5% respondeu afirmativamente, 64,7% respondeu negativamente e 8,8% referiu não se recordar. Entre as nove participantes que indicaram ter havido essa abordagem, o contexto mais frequente foi o CPPP (88,9%), seguido da consulta de vigilância da gravidez (33,3%), com referência pontual ao BP (11,1%) e à consulta particular (11,1%). Antes de consultar o *site*, a autoavaliação do conhecimento sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal era predominantemente baixa: 52,9% classificou-o como muito reduzido, 17,6% como reduzido, 20,6% como moderado e 8,8% como bom, sem respostas na categoria “muito bom”. Na identificação dos direitos conhecidos antes da consulta, 50% referiu não reconhecer nenhum dos direitos apresentados. Entre os direitos mais frequentemente reconhecidos destacaram-se o direito à presença de acompanhante (44,1%), o direito à elaboração, discussão e respeito pelo PN (32,4%), o direito a fazer perguntas e esclarecer dúvidas (26,5%) e o direito ao contacto pele-a-pele (26,5%). O direito ao consentimento informado foi assinalado por 20,6%, o direito a mover-se livremente e a escolher posições por 14,7%, o direito à privacidade e à confidencialidade por 11,8%, o direito a receber informação por 8,8% e o direito ao apoio à amamentação por 2,9%. No domínio específico do PN, antes de consultar o *site*, 38,2% referiu saber o que era um PN e 61,8% respondeu que não. Quando

questionadas sobre a sua situação face ao PN, 11,8% referiu ter tido PN no parto, 26,5% não o ter tido, 8,8% já o ter elaborado para a gravidez atual, 35,3% pretender elaborá-lo e 17,6% talvez vir a elaborá-lo/estar ainda indecisa, não se registando respostas na categoria “não pretendo elaborar”.

No Momento 2 - Efeito imediato do momento de educação para a saúde - a avaliação do recurso digital foi muito positiva. Relativamente à clareza e facilidade de compreensão da informação disponibilizada no *site*, 97,1% atribuiu a pontuação máxima e 2,9% atribuiu 4/5. Quanto à utilidade e adequação às necessidades, 91,2% atribuiu pontuação máxima e 8,8% atribuiu 4/5. Estes resultados sugerem elevada aceitabilidade do recurso digital, boa adequação da linguagem utilizada e capacidade do *site* para responder às necessidades informativas das utilizadoras.

No Momento 3 - Resultados finais, experiência ou releitura retrospectiva no pós-evento - traduzido neste contexto em impacto percebido após a consulta do *site*, a perceção de efeito foi igualmente expressiva. Quanto à ideia de que conhecer os direitos influencia/contribui para reduzir situações de desrespeito/violação de direitos, 55,9% atribuiu pontuação 4/5, 32,4% pontuação máxima e 11,8% pontuação 3/5, não se registando pontuações inferiores. Relativamente à vivência do parto, 91,2% considerou que conhecer os direitos pode influenciar/influenciou significativamente essa vivência e 8,8% atribuiu 4/5. No que respeita ao PN, 85,3% atribuiu pontuação máxima à afirmação de que este pode influenciar/influenciou a vivência/experiência de parto, 11,8% atribuiu 4/5 e 2,9% atribuiu 3/5. Quanto à sua contribuição para reduzir situações de desrespeito/violação de direitos, 50% atribuiu pontuação máxima, 41,2% atribuiu 4/5 e 8,8% atribuiu 3/5. Entre os comentários finais, surgiram apreciações positivas do recurso, como “Informação super útil”, “Deveria ter tido acesso a isto antes do parto” e “Ótima iniciativa”, mas também uma observação crítica particularmente relevante para a análise do projeto: “Por mais informação que tenha quem determina a vivencia da VO é o profissional de saúde. Mais informação para os profissionais!”

Os resultados do formulário do *site* evidenciam, assim, um padrão coerente com os restantes contextos: baixa literacia prévia em direitos, reduzida abordagem do tema por profissionais de saúde e valorização elevada do recurso informativo após a sua consulta. Neste contexto, destaca-se ainda a possibilidade de o *site* funcionar como instrumento de acesso autónomo e continuado à informação, em qualquer momento do ciclo gravídico-puerperal, reforçando a preparação antecipatória, a compreensão do PN e a perceção de

que o conhecimento dos direitos pode influenciar a vivência do parto e reduzir situações de desrespeito/violação.

Para além dos ganhos em saúde já descritos, o *site* reforça ganhos potenciais por assegurar continuidade e acessibilidade da informação ao longo do ciclo, permitindo consulta de direitos e mecanismos de apoio no momento em que mais se necessita, com potencial semelhante ao CSP quando acedido em fase pré-parto e com utilidade adicional no pós-parto para orientar procura de suporte^{7,23,25}.

III.6.2. Formações, Eventos e Publicações

Em paralelo com as atividades desenvolvidas nos diferentes EC e com as intervenções transversais do projeto, considerou-se relevante a participação em momentos de formação, atualização científica e disseminação de conhecimento selecionados pela sua pertinência para o RE, para o PP e para os objetivos da UC, quer pelo reforço do enquadramento ético-legal e científico dos direitos da mulher, quer pela necessidade de aprofundar áreas clinicamente relevantes para a prática especializada em saúde materna e obstétrica.

A participação no XXVI Congresso Nacional e X Internacional da APEO (05–06/05/2025), subordinado ao tema “*Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EEESMO/Parteira*”, concretizou-se com a submissão do póster “*Benefícios do banho em swaddle no recém-nascido*” (Anexo V). A distinção com o **1.º prémio** permitiu a divulgação de resultados baseados na evidência, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento na área de especialidade. Além do mérito, a distinção reforçou a prática baseada na evidência e a produção científica em enfermagem especializada, princípios transversais ao RE.

A participação na mesa-redonda “O surgimento da Violência Obstétrica no enquadramento jurídico português: a Lei n.º 33/2025 em discussão” (02/06/2025) foi diretamente pertinente para o tema do RE, por permitir aprofundar o enquadramento jurídico da Lei n.º 33/2025 e as suas implicações práticas para mulheres, profissionais e instituições. Esta participação revelou-se particularmente útil numa fase em que preparava conteúdos para a formação dirigida à equipa do BP sobre a nova lei e a sua tradução na prática clínica.

No eixo do pós-parto e da amamentação, a participação na 2.ª Conferência Internacional APCLC/IBCLC “Amamentar Fora da Caixa: Ao Encontro das Famílias” (06–07/11/2025) (Anexo VI), em particular no workshop “Ferida da Mulher Lactante”

(Anexo VII), foi relevante por responder a uma área central da minha prática enquanto IBCLC e por se articular com os direitos da mulher no pós-parto, designadamente o direito a informação adequada, apoio qualificado e cuidados oportunos em situações de dor, lesão ou dificuldade na amamentação. Esta atualização permitiu aprofundar conteúdos clinicamente úteis para a abordagem de uma área frequente e, muitas vezes, insuficientemente explorada nos contextos assistenciais, reforçando a ligação entre direitos, qualidade do cuidado e minimização de sofrimento evitável.

A participação nas VII Jornadas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa – ULS São José (17–18/12/2025), sob o lema “*Obstetrícia na Atualidade: Que Caminhos... Que Mudanças...*”, teve particular pertinência por ocorrer durante o EC em contexto de consulta externa/exames e por permitir contacto com temas ligados à organização de cuidados, atualização obstétrica e modelos de acompanhamento especializado (Anexo IV). Neste âmbito, assumiu especial relevância a apresentação da SC sobre consultas de seguimento do 3.º trimestre conduzidas por EE-ESMO, por constituir exemplo concreto de organização de cuidados e de exercício avançado do papel do EE-ESMO.

Por fim, a elaboração de uma *Scoping Review* intitulada “*Administração de ocitocina sintética durante o TP e estabelecimento do aleitamento materno*”, submetida a 30/04/2026 para publicação na revista *Salutis Scientia* (Anexo VIII), foi particularmente pertinente por responder a uma lacuna de conhecimento identificada na minha prática profissional e por se relacionar com uma intervenção muito enraizada no BP, com potencial impacto na experiência da mulher e em desfechos subsequentes do cuidado. Atendendo a que o direito da mulher à informação implica esclarecimento adequado sobre benefícios, riscos e implicações das práticas realizadas, este trabalho contribuiu para aprofundar criticamente a evidência disponível e sustentar, com maior robustez, a informação transmitida às mulheres.

III.6.3. Aquisição de Competências

O conjunto de intervenções transversais e de desenvolvimento profissional complementar realizado ao longo do estágio, incluindo a conceção e disponibilização do *site* “Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal”, a recolha de perceções através do formulário associado, a participação em formações/eventos e a produção científica desenvolvida em paralelo, constituiu um eixo formativo distinto dos EC assistenciais, mas diretamente articulado com o foco do projeto e com a consolidação do perfil de competências (Anexos I, II e III)^{5,6,33}.

No plano das **CCEE**, a responsabilidade profissional, ética e legal (**A1**) foi mobilizada de forma particularmente robusta, uma vez que a construção do *site* exigiu rigor na seleção, interpretação e tradução de referenciais legais e normativos para linguagem compreensível, sem perda de precisão e sem extrapolação indevida³³. Esta competência foi ainda reforçada pelo exercício de confidencialidade e proteção da identidade das participantes no formulário online, garantindo que a informação recolhida foi tratada de forma anónima e proporcional ao objetivo académico do RE³³. Em continuidade, **A2** manifestou-se na disponibilização de informação fidedigna, acessível e juridicamente rigorosa, promotora do direito das mulheres ao acesso à informação, à escolha informada e à autodeterminação, bem como na proteção contínua da confidencialidade e segurança dos dados recolhidos no formulário associado³³.

No domínio **B**, estas intervenções funcionaram como mecanismo de construção de condições para melhoria sustentada³³. O *site* permitiu disponibilizar informação padronizada, reduzir variabilidade no acesso à informação e aumentar previsibilidade dos conteúdos comunicados³³. A recolha de perceções operou como instrumento de monitorização, permitindo identificar padrões de conhecimento prévio, lacunas e áreas de maior impacto percebido, e ajustar estratégias de comunicação e educação com base em evidência interna do projeto³³. **B3** foi mobilizada sobretudo como segurança informacional e ética, garantindo que o conteúdo difundido fosse fidedigno, rastreável e compatível com prática segura, evitando mensagens ambíguas ou potencialmente geradoras de conflito por falta de clareza³³.

Relativamente à competência **C**, estas atividades reforçaram competências de articulação e comunicação com diferentes públicos - mulheres, acompanhantes e profissionais - e em diferentes formatos, nomeadamente material assíncrono e recurso digital³³. A liderança assumiu expressão funcional e pedagógica, através do planeamento de intervenções replicáveis, da organização de recursos e da sequenciação de conteúdos de forma coerente com o ciclo gravídico-puerperal, promovendo uma lógica de continuidade entre contextos e favorecendo a integração do tema no quotidiano assistencial sem depender exclusivamente de intervenções presenciais longas³³. O desenvolvimento e implementação do *site*, associado a mecanismos de acesso simples como o *QR code*, constituiu exemplo concreto de gestão de recursos educativos e de inovação organizacional de baixa complexidade, mas com potencial impacto relevante³³.

No domínio **D**, destacou-se **D2**, uma vez que o *site* exigiu curadoria de fontes, síntese crítica e tradução de evidência e enquadramento normativo para conteúdos

educativos e de consulta³³. A participação em eventos e a produção científica reforçaram a atitude de pensamento crítico e de responsabilização epistemológica, consolidando a capacidade de integrar literatura, legislação e prática clínica na construção de mensagens e intervenções coerentes com princípios éticos e padrões de qualidade³³. A recolha de dados por formulário e a sua análise descritivo-interpretativa reforçaram ainda competências associadas a metodologias de recolha e leitura de informação, úteis para prática avançada e para melhoria contínua³³. **D1** foi igualmente mobilizada, na medida em que a participação em formações e conferências favoreceu autoconhecimento, assertividade e maior segurança profissional³³.

No plano das **CEEE-ESMO**, estas intervenções transversais reforçaram sobretudo a dimensão comunitária e educativa do perfil, particularmente nos domínios associados à promoção da saúde, educação para a parentalidade e capacitação/empoderamento **(1.1, 1.1.1, 2.1.1, 2.1.8, 4.1.6, 7.1.7)**⁵. A construção de um recurso de literacia para consulta autónoma, articulado com momentos educativos e com distribuição em diferentes contextos, materializa uma intervenção típica de prática avançada em saúde materna: promoção de direitos, preparação para decisões informadas e criação de condições para continuidade do cuidado **(1.1.5, 2.1.6, 4.1.1, 4.2.1, 7.1.8)**⁵. A integração do PN enquanto instrumento comunicacional e a clarificação de direitos associados ao parto e ao pós-parto reforçam ainda competências de promoção da tomada de decisão partilhada e de cuidados centrados na mulher, transversalmente aos diferentes domínios do ciclo gravídico-puerperal **(2.1.10, 3.1.1, 7.1.8)**⁵.

No que respeita às **CME**, este eixo foi particularmente relevante por permitir integrar conhecimento e lidar com complexidade **(b)**, ao articular dimensões jurídico-legais, éticas, comunicacionais e organizacionais num recurso concreto e utilizável⁶. O pensamento crítico e resolução de problemas **(a)** foi mobilizado na escolha do formato - *site* em vez de folheto -, na organização dos conteúdos por áreas e na criação de mecanismos de acesso e continuidade⁶. A comunicação clara e fundamentada **(c)** foi exercitada na escrita dos conteúdos, seleção da linguagem e estruturação pedagógica⁶. A aprendizagem ao longo da vida e melhoria contínua **(d)** foi operacionalizada na atualização constante, na incorporação de feedback e na disposição para reformulação progressiva do recurso, reconhecendo que intervenções de literacia em direitos exigem manutenção e alinhamento com a evolução normativa e com as necessidades reais das mulheres e dos serviços⁶.

IV. Análise Integrada e Discussão dos Resultados do Projeto

Partindo do enquadramento metodológico já descrito e mantendo a natureza formativa, contextual e não generalizável deste RE, segue-se uma leitura integrada dos resultados do projeto, apoiada na tabela-síntese constante do Apêndice AT. A análise centra-se na problemática que o orienta: de que forma a literacia em direitos e o PN se associam à participação, à *agency* e à vivência dos cuidados, incluindo a identificação de potenciais situações de desrespeito/violação de direitos, reconhecendo simultaneamente que a tradução do conhecimento em proteção efetiva depende também de fatores profissionais e organizacionais.

IV.1. Literacia em Direitos no Ciclo Gravídico-puerperal

A análise integrada dos diferentes contextos evidencia, de forma consistente, que a literacia em direitos no ciclo gravídico-puerperal tende a apresentar-se limitada, fragmentada e frequentemente dependente de fontes informais ou circunstanciais^{24,29}. Nos roteiros hospitalares, o conhecimento prévio surgiu frequentemente descrito como inexistente, incerto, confuso ou apenas superficial; nos CSP, a autoavaliação inicial distribuiu-se sobretudo entre níveis reduzidos e moderados; e, no formulário do *site*, antes da consulta da informação, predominou uma perceção de conhecimento muito reduzido ou reduzido. No conjunto, os dados sugerem que a literacia em direitos permanece insuficientemente consolidada antes da intervenção educativa, o que reforça a pertinência do projeto e a necessidade de integrar este conteúdo de forma mais sistemática nos cuidados prestados às mulheres^{1,7,16}.

Para além de se apresentar frequentemente limitada, esta literacia revelou forte dependência das fontes de informação disponíveis. Nos vários contextos, as mulheres referiram com frequência internet/redes sociais, CPPP, familiares/amigos e, em alguns casos, apoio de doula. Em sentido inverso, a informação transmitida diretamente por profissionais de saúde não surgiu como fonte dominante nem regular. Esta assimetria foi particularmente visível no *site*, onde apenas 26,5% das respondentes referiu ter tido abordagem prévia do tema por profissionais de saúde, e nos contextos hospitalares, em que a consulta de vigilância e outros momentos assistenciais não emergiram, de forma consistente, como origem principal do conhecimento. Mesmo nos CSP, onde a consulta de vigilância e o CPPP apareceram identificados como contextos de abordagem prévia, essa presença não se traduziu num nível de conhecimento elevado ou uniformemente

estruturado. Estes resultados sugerem que a literacia em direitos, quando existe, continua muitas vezes dependente da iniciativa individual e do acesso desigual a recursos informativos, em vez de resultar de uma integração clara e rotineira nos circuitos assistenciais^{1,7,15,16}.

Um aspeto particularmente relevante da análise integrada foi a visibilidade desigual dos direitos. Nem todos os direitos surgiram com o mesmo grau de reconhecimento espontâneo. Alguns, mais intuitivamente associados à ideia de “bom cuidado” ou mais presentes no discurso social, foram mais facilmente identificados, como a presença de acompanhante, a receção de informação clara, a possibilidade de colocar questões e, em alguns contextos, o próprio PN. Outros, porém, revelaram menor visibilidade espontânea, mesmo sendo centrais para a prevenção de experiências de cuidado desrespeitadoras, como o consentimento informado contínuo, a privacidade, a liberdade de movimentos/posicionamento ou o apoio à amamentação. Estes resultados são particularmente relevantes porque a literatura e os referenciais internacionais identificam precisamente a comunicação eficaz, o consentimento informado, a privacidade, a autonomia e a participação nas decisões como componentes centrais do cuidado respeitador^{1,7,10,14}.

Esta diferença foi particularmente evidente quando se comparam os dados dos CSP e do *site*: nos CSP, o direito à presença de acompanhante foi reconhecido por 86,7% das participantes, enquanto, no *site*, antes da consulta da informação, esse valor foi de 44,1%; o apoio à amamentação foi identificado por 46,7% em CSP, mas apenas por 2,9% no *site*; e direitos ligados à privacidade e à mobilidade surgiram também com expressão muito inferior no recurso digital antes da exposição ao conteúdo. Este padrão sugere que certos direitos continuam mais facilmente nomeáveis do que outros, sendo os menos reconhecidos alguns dos que mais dependem da iniciativa informativa dos profissionais, da explicitação das alternativas e da negociação em contexto assistencial^{7,10,14}.

A análise integrada sugere ainda que a dificuldade não reside apenas em “não saber”, mas também em não reconhecer certas possibilidades como direitos. Esta nuance emergiu de forma muito clara em IP, quando a participante referiu conhecer alguns aspetos, mas não os reconhecer propriamente como “direitos”, antes como algo dependente do hospital ou dos profissionais. De forma semelhante, noutros contextos hospitalares, algumas mulheres revelaram dúvidas não tanto sobre a existência abstrata dos direitos, mas sobre a sua validade prática: se os profissionais seriam obrigados a respeitá-los, se poderiam recusar intervenções, ou se a recusa teria consequências

negativas. Neste sentido, a literacia em direitos não pode ser entendida apenas como aquisição de informação descritiva; implica também apropriação subjetiva, reconhecimento de legitimidade e percepção de exequibilidade no contexto real dos cuidados^{24,26}. A literatura e os referenciais normativos convergem precisamente na ideia de que o consentimento informado e a participação da mulher exigem condições reais de compreensão, escolha e possibilidade de recusa, e não apenas enunciação formal de direitos^{1,10,14}.

A leitura integrada sugere, assim, que a baixa literacia observada não decorre apenas de défice individual, mas também de um modo ainda insuficientemente estruturado de transmissão da informação nos serviços^{1,7,16}. Quando a informação é escassa, tardia, informal ou dependente de contextos opcionais, os direitos mantêm-se difusos e desigualmente apropriados^{1,7,16}. Pelo contrário, quando o tema é trabalhado em momentos educativos claros, com linguagem explícita de direitos e com espaço para perguntas, observa-se aumento da compreensão, da valorização do tema e da capacidade de o relacionar com decisões e experiências concretas. A este nível, os resultados do projeto convergem com a perspetiva de que a promoção de cuidados respeitadores exige não apenas proteção jurídica abstrata, mas também comunicação sistemática, acessível e clinicamente integrada ao longo da gravidez, parto e puerpério^{1,7,10,16}.

Neste sentido, a promoção da literacia em direitos não deve depender prioritariamente de circuitos informais nem ficar concentrada em momentos ocasionais. Requer integração sistemática na vigilância da gravidez, nos contextos hospitalares e nos recursos de continuidade, com linguagem clara, acessível e orientada para a participação informada^{15,16}.

IV.2. Plano de Nascimento como Instrumento de Operacionalização de Direitos

O PN emerge neste projeto como instrumento de operacionalização de direitos, na medida em que transforma conhecimento abstrato em preferências, limites e escolhas explicitáveis no contexto assistencial, favorecendo participação informada, clarificação de recusas e decisão partilhada^{3,13-15}.

A leitura integrada dos diferentes contextos evidencia, contudo, que a presença e a operacionalização do PN permanecem desiguais ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Nos contextos hospitalares, a sua expressão foi reduzida: no BP, apenas seis em 176 parturientes apresentavam PN na admissão; no IP não se identificaram púerperas com PN

durante o período observado; e, em IG, embora existissem participantes com PN, ambas referiram que este não tinha sido previamente discutido com profissionais. Nos CSP, antes da sessão, 60% das participantes referiu saber o que era um PN, e, após a intervenção, 86,7% respondeu que tenciona elaborá-lo, enquanto 13,3% referiu “talvez”. No formulário do *site*, 38,2% referiu saber previamente o que era um PN e, quanto à situação concreta face a este instrumento, 11,8% afirmou tê-lo tido no parto, 26,5% não o ter tido, 8,8% já o ter elaborado, 35,3% pretender elaborá-lo e 17,6% encontrar-se ainda indecisa.

Este padrão sugere que o PN continua longe de constituir prática estruturada e universalmente integrada no percurso assistencial. O facto de surgir mais claramente nos contextos educativos e menos nos contextos hospitalares sugere que o principal obstáculo pode não ser apenas o desconhecimento do instrumento, mas também a sua fraca incorporação nas rotinas clínicas e organizacionais^{1,7,14,15}. A literatura e os referenciais normativos convergem na ideia de que o PN só se torna efetivamente protetor quando é identificado, discutido, contextualizado e retomado ao longo do percurso assistencial, sobretudo nos momentos em que se colocam decisões, desvios ao previsto ou mudanças clínicas significativas^{3,7,14,15}.

Os dados do corpus mostram também que o PN não é percecionado apenas como um “papel”, mas como um meio de organizar a vontade da mulher e de estruturar a comunicação com a equipa. No BP, BP3 apresentava um PN abrangente, incluindo informação e consentimento informado, presença de acompanhante, mobilidade e posições, privacidade, limitação de intervenções sem indicação clínica, contacto pele-a-pele e apoio à amamentação. Em IG, os PN de IG3 e IG4 incluíam igualmente acompanhante, mobilidade/posicionamento e contacto pele-a-pele, surgindo ainda preferências sobre ambiente, intervenientes e limitação de intervenções sem indicação clínica. Estes dados reforçam a ideia de que o PN pode funcionar como ferramenta de sistematização dos direitos, ajudando a mulher a reconhecer como direitos algumas dimensões que, sem essa mediação, poderiam ser vividas apenas como preferências vagas ou desejos pouco legitimados^{24,29}.

Ao mesmo tempo, a análise integrada mostra que a existência do PN não equivale automaticamente ao seu respeito integral. No BP, BP3 referiu que o PN foi parcialmente respeitado e que o documento não tinha sido previamente discutido com profissionais, tendo ainda verbalizado: “Nunca ponderei um plano B...”. Em IG, IG3 classificou a experiência como muito positiva e assinalou respeito do PN, mas referiu também:

“Desejos e preferências respeitadas: ambiente, intervenientes e TP no duche. Não ofereceram epidural, como pedido no PN.” Já IG4 referiu respeito do PN no internamento, mas apenas parcial no BP, identificando falta de informação, ausência de consentimento informado e falta de privacidade. Estes dados sugerem que a análise do PN exige distinguir entre presença do documento, respeito global percebido, cumprimento integral dos seus itens e qualidade da comunicação sobre o que foi ou não exequível^{7,14,15}.

As dúvidas expressas pelas mulheres confirmam esta leitura. Em IG, emergiram questões como “se pode realmente recusar uma intervenção”, “se os profissionais são obrigados a respeitar o PN” ou se os direitos “são válidos para qualquer hospital”. Estas formulações revelam que o PN não é vivido apenas como técnica de planeamento, mas como instrumento cuja utilidade prática depende da perceção de legitimidade e da confiança de que será reconhecido no contexto institucional. Neste sentido, o PN não substitui a literacia em direitos; depende dela para ser compreendido, elaborado e mobilizado^{24,29}.

A literatura enquadra o PN como instrumento de materialização da autodeterminação, por antecipar preferências e limites e por aumentar a probabilidade de discussão, justificação clínica de decisões e clarificação de desvios^{24,29}. Os documentos normativos nacionais reforçam igualmente esta função, ao integrar o PN na preparação para o parto e parentalidade e ao exigir, no quadro legal recente, maior transparência e registo quando ocorrem desvios significativos relativamente às preferências da mulher^{3,15}. Contudo, a mesma literatura também mostra que o seu efeito preventivo não pode ser entendido de forma automática, porque depende da qualidade da comunicação, do consentimento informado contínuo, da disponibilidade dos profissionais para o reconhecer como instrumento legítimo e das condições organizacionais em que o cuidado decorre^{1,7,14,15}.

Os resultados do projeto convergem com esta perspetiva. O PN parece ganhar maior potencial quando é elaborado em contexto educativo, discutido previamente com profissionais e articulado com expectativas realistas, incluindo alternativas ou “plano B”. Pelo contrário, quando existe sem discussão prévia, ou quando não é reativado nos momentos críticos do percurso assistencial, tende a perder força operativa e a tornar-se mais vulnerável a uma utilização parcial ou simbólica. Neste sentido, o PN não deve ser lido como garantia de prevenção da VO, mas como instrumento que pode reforçar a participação informada e a capacidade de negociação da mulher, desde que inserido em

práticas clínicas e organizacionais coerentes com os direitos que procura operacionalizar^{1,7,14,15,24,29}.

IV.3. Do Conhecimento à Experiência

A análise integrada dos diferentes contextos sugere que a passagem do conhecimento à experiência não ocorre de forma automática nem linear. Nos vários contextos, o conhecimento dos direitos surgiu associado a maior legitimidade para perguntar, pedir esclarecimentos, participar em decisões e interpretar criticamente o cuidado recebido. Este padrão é compatível com a literatura que associa *empowerment*, participação informada e maior percepção de controlo a experiências de cuidado mais positivas e a menor violência percebida, ainda que com variação em função de determinantes individuais, relacionais e contextuais^{24,26}.

Nos contextos não hospitalares, a informação foi associada a elevada clareza, utilidade e potencial impacto futuro na vivência do parto e do pós-parto. Nos contextos hospitalares, os roteiros evidenciam que, após o momento educativo, várias mulheres passaram a verbalizar maior confiança para participar e maior consciência do que lhes assistia, quer ao nível do consentimento informado, quer da possibilidade de questionar procedimentos ou expressar preferências. Estes dados sugerem que a intervenção educativa operou, pelo menos em parte, como reforço de autoeficácia comunicacional e de *agency* no contacto com os serviços^{24,26}.

Contudo, a análise dos roteiros hospitalares mostra também que esse aumento de *agency* não elimina necessariamente a ocorrência de episódios críticos. Em BP1, por exemplo, a vivência global manteve-se positiva, mas a participante identificou ausência de consentimento informado num momento concreto, distinguindo claramente entre a explicação dada pela enfermeira e a atuação médica subsequente. Em IG2, a participante valorizou a experiência global e verbalizou satisfação por ter conseguido dizer “não”, mas fê-lo precisamente em reação a uma abordagem que percecionou como não explicada nem consensualizada. Estes dados são coerentes com a literatura que descreve que a proteção não se mede apenas pela ausência de eventos adversos, mas também pela possibilidade de compreender o que acontece, sentir-se ouvida e manter algum grau de controlo subjetivo sobre o processo²⁷.

Uma avaliação global positiva pode coexistir com episódios pontuais de potencial desrespeito/violação de direitos. Esta coexistência foi particularmente visível em BP1, IG2 e IG4, em que a experiência global foi descrita como positiva ou neutra, mas surgiram

referências a falhas na comunicação, ausência de consentimento informado, insuficiente explicação ou falta de privacidade. Este fenômeno encontra paralelo na literatura, que identifica a comunicação desumanizada, a ausência de consentimento informado contínuo e a exposição da intimidade como componentes frequentes do *mistreatment*, mesmo em contextos com bons resultados biomédicos^{21,28,29}.

Neste sentido, os dados do projeto sugerem que o conhecimento dos direitos pode funcionar como fator protetor subjetivo e relacional, ao aumentar a capacidade de nomear, compreender e responder a situações potencialmente desrespeitadoras, mas não garante, por si só, a sua prevenção efetiva. Esta limitação surge de forma particularmente clara no comentário do formulário do *site*: “Por mais informação que tenha quem determina a vivência da VO é o profissional de saúde. Mais informação para os profissionais!” A observação é relevante porque sintetiza um ponto crítico da análise integrada: a literacia das mulheres é necessária, mas não suficiente, quando não encontra correspondência em práticas clínicas coerentes com consentimento informado, privacidade, decisão partilhada e respeito relacional^{1,7,14,21,25}.

O corpus sugere que o conhecimento adquire maior potencial transformador quando encontra mediação profissional adequada e condições organizacionais compatíveis com cuidado respeitador. Quando tal não acontece, pode aumentar a capacidade de reconhecer o desrespeito, sem impedir necessariamente a sua ocorrência. A literatura converge com esta leitura, ao sublinhar que a prevenção efetiva da VO exige não apenas literacia das mulheres, mas também capacitação dos profissionais, cultura institucional orientada para o respeito e organização do cuidado assente em consentimento informado contínuo e decisão partilhada.^{1,7,21,24,25}

V. Considerações Finais

O presente RE traduz o culminar de um percurso formativo progressivo e reflexivo, no qual se procurou articular a prestação de cuidados especializados com a implementação de um projeto centrado na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, assumidos como dimensão estruturante da qualidade, segurança e humanização dos cuidados. A organização do relatório permitiu evidenciar a articulação entre diagnóstico de situação, objetivos operacionais, atividades desenvolvidas e reflexão crítica sobre as competências mobilizadas, em consonância com as orientações da unidade curricular e com o perfil de desempenho esperado para o EE-ESMO e para o grau de Mestre.

Globalmente, considera-se que o objetivo geral foi atingido e que os objetivos específicos foram concretizados de forma diferenciada, mas consistente com as possibilidades e limites de cada contexto. A estratégia transversal integrou diálogo, educação para a saúde, um recurso digital de literacia acessível por *QR code* e, sempre que exequível, sensibilização de profissionais para o enquadramento jurídico-normativo, o consentimento informado e o PN. Esta arquitetura permitiu promover literacia, participação e confiança nas mulheres e criar condições favoráveis à consolidação de práticas coerentes com os seus direitos.

Foi assegurado um processo contínuo de monitorização e ajustamento, sustentado em supervisão. A sensibilização das mulheres foi operacionalizada por metodologias diferenciadas: em CSP, através de intervenção em grupo com aplicação pré e pós; em contexto hospitalar, mediante integração prudente da recolha de informação na prática clínica. A abordagem às equipas concretizou-se entre momentos formativos estruturados e disponibilização assíncrona de informação, em função da organização dos serviços e da recetividade local.

Os ganhos deste percurso tornam-se visíveis em vários planos: reforço da intencionalidade comunicacional e da capacidade de promover autonomia, participação e decisão informada; consolidação de competências de planeamento, implementação e avaliação de intervenções educativas e de transferência de conhecimento; e aprofundamento da capacidade de integrar evidência científica, normativos legais e orientações profissionais na prática clínica, em coerência com o perfil de competências do EE-ESMO e do grau de Mestre. Nos vários contextos, estes ganhos contribuíram para

a valorização da Enfermagem na área da saúde materna e obstétrica e para a promoção de cuidados respeitadores.

A operacionalização do projeto evidenciou limitações que importa reconhecer. Os constrangimentos temporais, a imprevisibilidade clínica, a variabilidade organizacional e, em alguns casos, as reservas institucionais perante a temática condicionaram a aplicação homogênea de algumas atividades. Acresce que a ausência de PN em determinados contextos limitou comparações diretas entre participantes com e sem este instrumento. Importa ainda reconhecer que os dados apresentados se inserem no âmbito de um RE e não de um estudo formal, pelo que a sua interpretação deve manter-se prudente e contextualizada. Ainda assim, o percurso desenvolvido permite sustentar que a promoção da literacia em direitos é exequível quando integrada na prática real e ajustada à fase do ciclo gravídico-puerperal e ao contexto assistencial. Simultaneamente, confirma que a capacitação das mulheres, embora necessária, não é suficiente, por si só, para assegurar a efetiva operacionalização dos seus direitos, a qual depende da cultura profissional, das rotinas clínicas e das condições organizacionais que enquadram a prestação de cuidados.

Neste sentido, a continuidade deste trabalho deve ser perspectivada em diferentes horizontes temporais. A curto prazo, importa integrar de forma mais sistemática a abordagem dos direitos e do PN na prática assistencial, assegurando a atualização do *site*. A médio prazo, importa consolidar rotinas de identificação, registo e transmissão do PN entre equipas e serviços, bem como reforçar formatos formativos breves e regulares para profissionais. A longo prazo, será desejável ponderar a evolução deste percurso para investigação aplicada com desenho mais robusto, caso existam condições institucionais, éticas e operacionais que o permitam, podendo esse aprofundamento vir a incluir eventual prosseguimento para doutoramento.

Em síntese, considera-se que este RE documenta um percurso consistente de desenvolvimento profissional e académico, no qual a promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal foi assumida como eixo estruturante da prática especializada e avançada, traduzindo-se em intervenções educativas, recursos de literacia e reflexão crítica sobre os determinantes profissionais e organizacionais dos cuidados prestados.

VI. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citado 2026 mar 12]. 4 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-rhr-14.23>
2. European Parliament, Directorate-General for Internal Policies of the Union. Obstetric and gynaecological violence in the EU: prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination [Internet]. Brussels: European Parliament; 2024 [citado 2026 mar 12]. 205 p. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/regdata/etudes/stud/2024/761478/ipol_stu\(2024\)761478_en.pdf](https://www.europarl.europa.eu/regdata/etudes/stud/2024/761478/ipol_stu(2024)761478_en.pdf)
3. Lei n.º 33/2025 de 31 de março. Diário da República, 1.ª série, n.º 63 (2025-03-31) [Internet]. [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477>
4. Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021 de 28 de junho. Diário da República, 1.ª série, n.º 123 (2021-06-28) p. 6 [Internet]. [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/181-2021-165865615>
5. Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio. Diário da República, 2.ª série, n.º 85 (2019-05-03) [Internet]. [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
6. Regulamento n.º 705/2021 de 27 de julho. Diário da República, 2.ª série, n.º 144 (2021-07-27) p. 122-129 [Internet]. [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
7. World Health Organization. Compendium on respectful maternal and newborn care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [citado 2026 mar 12]. 92 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110939>
8. Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Internet]. Caracas: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2007 [citado 2026 mar 12]. Disponível em: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ley_mujer%20%281%29_0.pdf

9. Goer H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. J Perinat Educ [Internet]. 2010 [citado 2026 mar 12];19(3):33-42. DOI: 10.1624/105812410X514413
10. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 2026 mar 12]. 238 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
11. Hakimi S, Allahqoli L, Alizadeh M, Ozdemir M, Soori H, Ceber Turfan E, et al. Global prevalence and risk factors of obstetric violence: a systematic review and meta-analysis. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2025 [citado 2026 mar 12];169(3):1012-1024. DOI: 10.1002/ijgo.16145
12. European Parliament. Resolution of 24 June 2021 on the situation of sexual and reproductive health and rights in the EU, in the framework of women's health (2020/2215(INI)) [Internet]. Brussels: European Parliament; 2021 [citado 2026 mar 12]. Disponível em: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_EN.pdf
13. Lei n.º 15/2014 de 21 de março. Diário da República, 1.ª série, n.º 57 (2014-03-21) [Internet]. [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
14. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015: consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2013 [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>
15. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e cursos de recuperação pós-parto – CRPP: equidade na transição para a maternidade e a paternidade: orientações [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020 [citado 2026 mar 12]. 38 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
16. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 001/2023 de 27/01/2023, atualizada a 23/03/2026: organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2023 [citado 2026 abr 29]. 20 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012023-de-27012023->

17. Campos Lopes D. As assimetrias do rastreio combinado do primeiro trimestre de gravidez em Portugal. Rev Port Med Geral Fam [Internet]. 2025 [citado 2026 mar 12];41(3):278-282. DOI: 10.32385/rpmgf.v41i3.13144
18. Carvalho BJS. Violência obstétrica em Portugal: prevalência, tipologias e impacto [dissertação de mestrado Internet]. Braga (Portugal): Universidade do Minho; 2024 [citado 2026 mar 12]. 30 p. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/94213>
19. Martinez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: an observational study. Midwifery [Internet]. 2022 [citado 2026 mar 12];108:103297. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103297
20. Leavy E, Cortet M, Huissoud C, Desplanches T, Sormani J, Viaux-Savelon S, et al. Disrespect during childbirth and postpartum mental health: a French cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2023 [citado 2026 mar 12];23(1):241. DOI: 10.1186/s12884-023-05551-3
21. Mirzania M, Shakibazadeh E, Maleki A, Noorafrooz M, Karimi N, Mayra K, et al. Prevalence of mistreatment and disrespect of women during childbirth in the world: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health [Internet]. 2025 [citado 2026 mar 12];22(1):193. DOI: 10.1186/s12978-025-02119-6
22. Melo BLPL, Moreira FTLS, Alencar RM, Magalhães BC, Cavalcante EGR, Maia ER, et al. Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Rev Cuid [Internet]. 2022 [citado 2026 mar 12];13(1):e1536. DOI: 10.15649/cuidarte.1536
23. Pantoja LRB, Rodrigues DP, Alves VH, Calandrini TSS, Reis LC, Moura LDO, et al. Construção de uma tecnologia educativa sobre violência obstétrica para as gestantes. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2023 [citado 2026 mar 12];37:e52958. DOI: 10.18471/rbe.v37.52958
24. Huang S, Li M, Zhang M, Zhang W, Wang X, Yang W, et al. Status and influencing factors of obstetric violence: a mixed study. BMC Public Health [Internet]. 2025 [citado 2026 mar 12];25(1):3586. DOI: 10.1186/s12889-025-24169-y
25. Zanchetta MS, Santos WS, Souza KV, Pina VR, Hwu H, Stahl H, et al. Amplifying voices on obstetric violence: recommendations for advocacy by an obstetric nurse.

- Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [citado 2026 mar 12];25(5):e20200449. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0449
26. Llagostera-Reverter I, Ortíz-Mallasén V, Mejuto-Prego M, Mena-Tudela D. Factors associated with the perception of obstetric violence and its emotional impact on healthcare training: a cross-sectional study. Nurs Rep [Internet]. 2025 [citado 2026 mar 12];15(12):425. DOI: 10.3390/nursrep15120425
27. Özer E, Sevimli Güler D. “Invisible wounds of childbirth”: women’s experiences of obstetric violence: a phenomenological qualitative study. Reprod Health [Internet]. 2025 [citado 2026 mar 12];22(1):148. DOI: 10.1186/s12978-025-02109-8
28. Bayar R, Aydin Kartal Y. Silent scream obstetric violence. Int J Caring Sci [Internet]. 2023 [citado 2026 mar 12];16(1):488-495. Disponível em: <https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/47.bayar.pdf>
29. Silva SOL, Bringel AS, Martins DR, Siliprandi IC, Moura JJR, Silva MS, et al. Violência obstétrica e a desinformação das parturientes. Scire Salutis [Internet]. 2022 [citado 2026 mar 12];12(3):139-149. DOI: 10.6008/CBPC2236-9600.2022.003.0017
30. Leininger MM. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press; 1991. 432 p.
31. McFarland MR, Wehbe-Alamah HB. Leininger’s theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future. J Transcult Nurs [Internet]. 2019 [citado 2026 mar 12];30(6):540-557. DOI: 10.1177/1043659619867134
32. Wright A, Nassar AH, Visser G, Ramasauskaite D, Theron G. FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2021 [citado 2026 mar 12];152(2):172-181. DOI: 10.1002/ijgo.13552
33. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2.ª série, n.º 26 (2019-02-06) [Internet]. [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
34. Serviço Nacional de Saúde. Partos e cesarianas nos cuidados de saúde hospitalares [Internet]. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2016 [citado 2026 mar 12]. Disponível em: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/partos-e-cesarianas/>
35. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 023/2011 de 29/09/2011, atualizada a 21/05/2013: exames ecográficos na gravidez de baixo risco [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2011 [citado 2026 mar 12]. Disponível

em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/exames-ecograficos-na-gravidez-de-baixo-risco.pdf>

Bibliografia

- Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro. Diário da República, 1.ª série, n.º 172 (2019-09-09) [Internet]. [citado 2026 mar 24]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Negrão M. O meu parto, as minhas regras. Lisboa: Arena; 2024. 176 p.
- Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2001 [citado 2026 mar 12];75 Suppl 1:S25-S37. DOI: 10.1016/s0020-7292(01)00519-7
- Decreto-Lei n.º 47344 de 25 de novembro. Diário do Governo, 1.ª série, n.º 274 (1966-11-25) [Internet]. [citado 2026 mar 24]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/47344-1966-477358>
- Lei n.º 7/2009 de 12 de fevereiro. Diário da República, 1.ª série, n.º 30 (2009-02-12) [Internet]. [citado 2026 mar 24]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/7-2009-602073>
- Decreto-Lei n.º 91/2009 de 9 de abril. Diário da República, 1.ª série, n.º 70 (2009-04-09) [Internet]. [citado 2026 mar 24]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/91-2009-603961>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Orientação n.º 002/2023 de 10/05/2023, atualizada a 26/03/2024: cuidados de saúde durante o trabalho de parto [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2024 [citado 2026 mar 24]. 16 p. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [citado 2026 mar 24]. 242 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 2026 mar 24]. 196 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
- World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in

facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 [citado 2026 mar 24]. 64 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

- Entidade Reguladora da Saúde. Direito ao acompanhamento [Internet]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2023 [citado 2026 mar 24]. 8 p. Disponível em: <https://ers.pt/media/14rktzzy/direito-ao-acompanhamento.pdf>

APÊNDICES

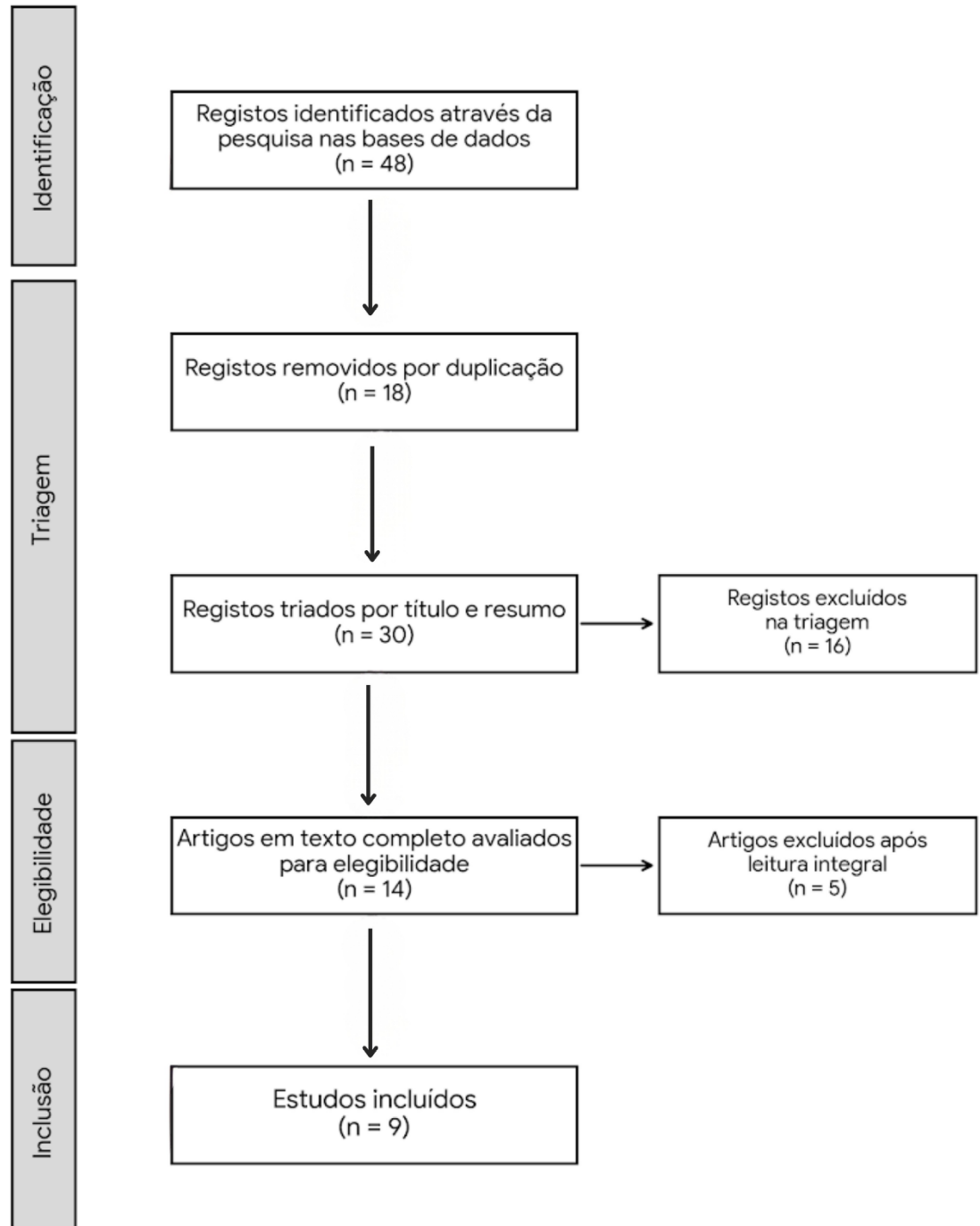
Apêndice A – Metodologia de Pesquisa e Prisma da Revisão da Literatura

A revisão da literatura que suporta este trabalho foi realizada através de uma pesquisa bibliográfica estruturada, orientada para a relação entre conhecimento de direitos, empoderamento e prevenção da VO ou de formas de desrespeito e abuso no parto. A estratégia de pesquisa combinou descritores em inglês, articulando três eixos conceptuais: fenómeno central – “obstetric violence” OR “disrespect and abuse” OR “mistreatment during childbirth”; dimensão de direitos – “rights” OR “human rights” OR “patient rights” OR “informed consent”; dimensão interventiva – “intervention” OR “education” OR “counseling” OR “birth plan” OR “empowerment” OR “prevention”. Foram aplicados filtros para texto integral, últimos cinco anos e idiomas português ou inglês, garantindo atualidade e acesso completo aos estudos.

A pesquisa foi realizada em múltiplas bases via plataforma EBSCO (MEDLINE Complete, CINAHL Complete, Nursing & Allied Health Collection – Comprehensive, Cochrane Central, MedicLatina), obtendo-se um total de 48 registos: 19 em MEDLINE, 16 em CINAHL, nove em Nursing & Allied Health, três na Cochrane Central e um em MedicLatina. Após remoção de 18 duplicados, 30 registos seguiram para triagem por título e resumo, tendo sido excluídos 16 por não responderem à questão de investigação. Os 14 artigos remanescentes foram lidos na íntegra, sendo excluídos cinco por não apresentarem dados empíricos claros sobre conhecimento de direitos, PN, empoderamento ou intervenção formativa. A amostra final integrou 9 artigos, selecionados com base na sua relevância para o objetivo central deste trabalho: explorar o conhecimento dos direitos como eixo de prevenção da VO. O fluxograma do processo de seleção dos estudos encontra-se apresentado no Apêndice A.

Os nove estudos abrangem três grandes grupos: investigações qualitativas centradas na experiência de puérperas e na perceção de VO, com destaque para o papel da informação e da comunicação; revisões integrativas ou narrativas que sintetizam evidência empírica sobre VO, desinformação e direitos; estudos quantitativos (transversais ou meta-analíticos) que analisam fatores associados à VO, incluindo educação pré-natal, conhecimento de direitos e perceção/denominação de VO por mulheres e profissionais.

Equação de pesquisa:
 (obstetric violence OR disrespect and abuse OR mistreatment during childbirth)
 AND (rights OR human rights OR patient rights OR informed consent)
 AND (intervention OR education OR counseling OR birth plan OR empowerment OR prevention)
 Filtros: texto integral; últimos 5 anos; PT/EN
 Bases de dados (EBSCO): MEDLINE (19); CINAHL (16); Nursing & Allied Health (9);
 Cochrane Central (3); MedicLatina (1)



Pesquisa realizada em 04/02/2026

Apêndice B – Porta-chaves *Qr Code*



Apêndice C - Ata Reunião Inicial Bloco de Partos

ATA DA REUNIÃO INICIAL – APRESENTAÇÃO DO PIF

Ensino Clínico: Bloco de Partos (EC BP), Hospital [REDACTED]

Local: Gabinete da Enfermeira Chefe

Data: 6 de março de 2025

Participantes:

- Estudante: ~~Enf~~ Inês Jordão (MESMO, 2.º ano)
- Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ordem de trabalhos

1. Apresentação do Projeto Individual de Formação (PIF) e Plano de Projeto (PP);
2. Discussão de aplicabilidade/viabilidade no EC BP;
3. Definição do circuito metodológico e instrumentos;
4. Discussão sobre possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem;
5. Planeamento de acompanhamento e próximos passos.

Síntese da discussão

A estudante apresentou o PIF/PP centrado na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de situações de desrespeito/violência obstétrica (VO), com operacionalização no BP através de diálogo clínico intencional e momento de educação para a saúde.

Foi discutida a necessidade de garantir exequibilidade no contexto do BP, evitando interferência com prioridades assistenciais e respeitando a vontade, privacidade e vulnerabilidade associada ao trabalho de parto. Ficou acordado que a aplicação junto das parturientes deverá ocorrer preferencialmente no 1.º estadio do trabalho de parto, quando a parturiente se encontre calma/recetiva, assegurando assentimento verbal e possibilidade de recusa sem repercussões nos cuidados.

Foi igualmente apresentado que a recolha de informação seria suportada por IRNC (Instrumentos de recolha de notas de campo), com registo pós-interação, e que o PP contempla aplicação a participantes com e sem PN, de modo a caracterizar perfis distintos e apoiar análise comparativa, quando clinicamente exequível. A SC considerou o desenho metodológico adequado ao contexto, desde que ajustado à dinâmica assistencial. A disponibilização do recurso de literacia (site) seria realizada via QR ~~code~~ em porta-chaves.

Relativamente à apresentação da temática à equipa de enfermagem, a SC manifestou abertura e propôs a possibilidade de se realizar formação/sensibilização dirigida à equipa. Foi acordado que, numa fase inicial, a estudante deveria integrar-se plenamente

nas rotinas e dinâmica do serviço, promovendo relação de proximidade e observação sistemática/escuta ativa, e que só após essa integração seria possível identificar necessidades reais e definir o tema e formato mais adequados para eventual formação. Ficou estabelecido que a aplicação sistemática do projeto se iniciaria após esta fase de integração, garantindo melhor adequação ao contexto e maior viabilidade operacional.

Deliberações

- a) O PP foi considerado pertinente e exequível no EC BP, desde que ajustado ao funcionamento do serviço;
- b) A intervenção com as participantes será realizada preferencialmente no 1.º estágio do TP, em momento oportuno;
- c) A recolha/monitorização será feita por IRNC, com disponibilização do recurso digital via QR code;
- d) A SC manifestou abertura para eventual formação/sensibilização à equipa, a definir após período de integração e diagnóstico informal de necessidades;
- e) Será mantida comunicação regular estudante-SC para ajustes operacionais ao longo do EC.

Próximos passos

Foi acordado um período inicial de integração (março-abril/2025), com observação sistemática/escuta ativa e conhecimento da dinâmica e equipa. Após essa integração, será agendada reunião de acompanhamento com a SC (e, quando possível, SP) para apresentação do diagnóstico informal e definição do plano para eventual formação/sensibilização à equipa.

Encerramento

Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata que, após leitura, vai ser assinada.

Estudante: Inês Jordão

Data: 6 de Março de 2025

Orientadora Clínica: 

Data: 8 de Março de 2025

Apêndice D – Tabela Plano de Projeto Bloco de Partos: 27/02/2025 a 16/07/2025 - Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Cronograma Mensal					Recursos	Avaliação
Promover o empoderamento da mulher sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal	Promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço sobre a pertinência e aplicabilidade das atividades propostas.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico, com registo escrito dos tópicos discutidos e das sugestões recebidas durante a reunião.
		Realização de reuniões informais com o supervisor clínico do serviço para avaliar a evolução das atividades propostas.		X			X	Supervisor clínico; Supervisor pedagógico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos duas reuniões com os supervisores sobre a implementação e eficácia das atividades realizadas.
	Sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal	Identificação de dúvidas frequentes das parturientes relacionadas com os seus direitos e práticas humanizadas, através de conversa informal.			X	X	X	Parturiente no 1º estadio do TP; Roteiro.	Aplica pelo menos uma vez o roteiro.
		Identificação das parturientes que têm plano de nascimento e análise com as mesmas da inclusão dos seus direitos.			X	X	X	Parturiente com PN no 1º estadio do TP; Roteiro.	Aplica pelo menos uma vez o roteiro.
		Realização de momentos de educação para a saúde à grávida, abordando os direitos da mulher e incentivando a sua participação ativa nas decisões de saúde.			X	X	X	Grávidas no 1º estadio do TP.	Sensibiliza pelo menos uma grávida.
		Elaboração de um <i>site</i> informativo sobre os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal, e entrega do <i>Qr Code</i> de acesso ao mesmo.		X	X	X	X	Computador Materiais	Entrega de pelo menos um <i>Qr Code</i>
	Discutir a viabilidade de apresentação da temática com a equipa de enfermagem	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço para apresentar proposta de um momento de discussão aberta com a equipa de enfermagem sobre a temática.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico.

Apêndice E - Tabela Assistência de Enfermagem no Bloco de Partos

Área / Dimensão	Subitens (totais)	Total global
Recém-nascidos	Pré-termo: 3 Termo: 62 Pós-termo: 3	68 RN assistidos
	LIG: 4 GIG: 4 Necessidade de reanimação: 3	
Puérperas	Normais: 62 C/ necessidades especiais: 4	66 puérperas assistidas
Parturientes	Normais: 161 Risco: 15	176 parturientes assistidas
Partos eutócicos	Efetuados: 46 Participados: 15	
Participação ativa (tipologia)	Gemelar: 0 Pélvico: 0 Ventosas: 12 Fórceps: 2 Cesariana: 0	
Episiorrafia/ Perineorrafia	Perineorrafia: 28 Episiorrafia: 1	
Exames complementares	Cardiotocografia: 174 Ecografia: 1 Amniotomia: 3 Outros/parturientes com PN: 6	

Apêndice F – Roteiro Bloco de Partos sem Plano de Nascimento

Instrumento de Registo de Notas de Campo Bloco de Partos — Participantes **Sem Plano de Nascimento**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo:

Registrar, de forma sistemática e estruturada, a percepção da participante sobre o seu conhecimento prévio dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, as fontes desse conhecimento, as expectativas quanto ao impacto desse conhecimento na vivência do trabalho de parto e parto, bem como a relação entre a sessão de educação para a saúde realizada pela investigadora, a autoeficácia demonstrada pela mulher e a experiência efetiva de parto, permitindo identificar potenciais situações de desrespeito ou violação de direitos no contexto do bloco de partos.

Tipo de instrumento:

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica e educativa em contexto de bloco de partos, não configurando questionário aplicado.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

A sua resposta

1.2 idade

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.3 nº de gestações anteriores

A sua resposta

1.4 nacionalidade

A sua resposta

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o nível de conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, bem como as fontes desse conhecimento.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.1 Dúvidas expressas pela participante

A sua resposta

3.2 Realização da sessão

- ☐ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra:

3.3 Expectativa quanto ao impacto do conhecimento dos direitos no parto

- ☐ Considera que conhecer os seus direitos poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Considera que poderá fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não fará diferença
- ☐ Não refletiu sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra:

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☐ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☐ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto após o evento, relacionando a experiência da participante com o respeito pelos direitos no contexto assistencial, a autoeficácia demonstrada na interação com os profissionais de saúde e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

A sua resposta

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.3 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.3.1 Se **Sim**, situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra:

4.4 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Percepção da participante

- ☐ Considera que o conhecimento dos direitos influenciou positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.5 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Autoeficácia observada

- ☐ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☐ Participou nas decisões
- ☐ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice G - Roteiro Bloco de Partos com Plano de Nascimento

Instrumento de Registo de Notas de Campo Bloco de Partos – Participantes Com Plano de Nascimento

Projeto de Investigação: *Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica*

Objetivo do instrumento:

Registar, de forma sistemática e estruturada, se a existência de um plano de nascimento se associa a maior conhecimento dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, identificar de que forma esses direitos são incorporados no plano de nascimento e analisar, na perspectiva da participante, se o plano de nascimento contribui para maior segurança, participação e influência na vivência do trabalho de parto e parto, bem como a relação entre a sessão de educação para a saúde realizada pela investigadora, a autoeficácia demonstrada e o respeito pelos direitos no contexto do bloco de partos, enquanto potencial instrumento de prevenção da violência obstétrica.

Tipo de instrumento:

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica e educativa em contexto de bloco de partos, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.2 idade

A sua resposta

1.3 nº de gestações anteriores

A sua resposta

1.4 nacionalidade

A sua resposta

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e às fontes desse conhecimento, bem como compreender o plano de nascimento enquanto expressão de literacia em direitos e de antecipação de decisões no parto.

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

2.4 Plano de Nascimento — processo de elaboração

- ☐ Elaborado de forma autónoma
- ☐ Elaborado com apoio de profissional de saúde
- ☐ Elaborado em curso de preparação para o parto
- ☐ Elaborado com apoio de doula/educadora perinatal
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.5 Discussão prévia do Plano de Nascimento com profissionais de saúde

- ☐ Sim, em consulta durante a gravidez
- ☐ Sim, durante internamento prévio
- ☐ Sim, no momento de admissão no bloco de partos
- ☐ Não foi discutido previamente
- ☐ Outra:

2.6 Integração de direitos no Plano de Nascimento

- ☐ Preferências relativas à informação e consentimento informado
- ☐ Preferências quanto à presença de acompanhante
- ☐ Preferências quanto à mobilidade e posições no trabalho de parto/parto
- ☐ Preferências quanto à privacidade e ambiente
- ☐ Limitação de intervenções sem indicação clínica
- ☐ Contacto pele-a-pele imediato
- ☐ Apoio à amamentação
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registrar a realização da sessão de educação para a saúde sobre os direitos da mulher e o plano de nascimento, avaliando a adequação dos conteúdos e da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento e o próprio plano de nascimento poderão influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.1 Dúvidas expressas pela participante

A sua resposta

3.2 Realização da sessão

- ☐ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra:

3.3 Expectativa da participante quanto ao impacto do conhecimento e do plano de nascimento no parto

- ☐ Considera que o conhecimento adquirido poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Considera que o plano de nascimento poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Considera que poderão fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não farão diferença
- ☐ Não reflete sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.4 Avaliação do momento educativo – *conteúdo e adequação*

- ☐ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

3.5 Avaliação da forma de exposição – *comunicação*

- ☐ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto – avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, explorando se, na perspectiva da participante, o plano de nascimento contribuiu para maior segurança, participação e respeito pelos direitos, bem como a relação com a autoeficácia demonstrada e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

4.3 Respeito pelo Plano de Nascimento

- ☐ Plano de nascimento foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

4.4 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.4.1 Se **Sim**, situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Desconsideração do plano de nascimento sem justificção clínica
- ☐ Outra:

4.5 Relação entre Plano de Nascimento, conhecimento dos direitos e vivência do parto – percepção da participante

- ☐ Considera que o plano de nascimento e o conhecimento dos direitos influenciaram positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice H – Resposta Roteiro Bloco de Partos Sem Plano de Nascimento 1

Instrumento de Registo de Notas de Campo Bloco de Partos — Participantes **Sem Plano de Nascimento**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo:

Registar, de forma sistemática e estruturada, a percepção da participante sobre o seu conhecimento prévio dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, as fontes desse conhecimento, as expectativas quanto ao impacto desse conhecimento na vivência do trabalho de parto e parto, bem como a relação entre a sessão de educação para a saúde realizada pela investigadora, a autoeficácia demonstrada pela mulher e a experiência efetiva de parto, permitindo identificar potenciais situações de desrespeito ou violação de direitos no contexto do bloco de partos.

Tipo de instrumento:

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica e educativa em contexto de bloco de partos, não configurando questionário aplicado.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

20/06/2025

1.2 idade

34

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Portuguesa

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☒ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o nível de conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, bem como as fontes desse conhecimento.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☒ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☒ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☒ Internet / redes sociais
- ☒ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☒ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☒ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos às necessidades da participante e a clareza da comunicação, bem como a percepção da participante

sobre se o conhecimento adquirido nesse momento poderá influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

Direitos de forma geral;

3.2 Realização da sessão

- ☒ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra:

3.3 Expectativa quanto ao impacto do conhecimento dos direitos no parto

- ☐ Considera que conhecer os seus direitos poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☒ Considera que poderá fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não fará diferença
- ☐ Não refletiu sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra:

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☒ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto após o evento, relacionando a experiência da participante com o respeito pelos direitos no contexto assistencial, a autoeficácia demonstrada na interação com os profissionais de saúde e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Distocico - ventosa; bebe bem - apgar 9/10

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☒ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra: _____

4.3 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ Não é possível avaliar
- ☒ Outra:
Houve situação de desrespeito, que consegue identificar mas não quer chamar de desrespeito _____

4.3.1 Se **Sim**, situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☒ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra: _____

4.4 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Percepção da participante

- ☒ Considera que o conhecimento dos direitos influenciou positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra:

4.5 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

- "já estávamos naquilo há muito tempo, já tínhamos percebido que eu não estava a conseguir... e a enfermeira explicou muito bem porque ia chamar o médico e porque precisava de ajuda... O médico não foi desadequado, mas só informou o que ia fazer, sem pedir ou sem dar esclarecimentos... Olhei para o (companheiro) e senti que ele estava a pensar o mesmo... poderia ter sido diferente mas o que importa é que o (bebé) nasceu bem e ficou tudo bem."

.....

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice I – Resposta Roteiro Bloco de Partos Sem Plano de Nascimento 2

Instrumento de Registo de Notas de Campo Bloco de Partos — Participantes **Sem Plano de Nascimento**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo:

Registar, de forma sistemática e estruturada, a perceção da participante sobre o seu conhecimento prévio dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, as fontes desse conhecimento, as expectativas quanto ao impacto desse conhecimento na vivência do trabalho de parto e parto, bem como a relação entre a sessão de educação para a saúde realizada pela investigadora, a autoeficácia demonstrada pela mulher e a experiência efetiva de parto, permitindo identificar potenciais situações de desrespeito ou violação de direitos no contexto do bloco de partos.

Tipo de instrumento:

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica e educativa em contexto de bloco de partos, não configurando questionário aplicado.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

27/06/2025

1.2 idade

24

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Portuguesa

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☒ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o nível de conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, bem como as fontes desse conhecimento.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☒ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☒ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☒ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos às necessidades da participante e a clareza da comunicação, bem como a percepção da participante

sobre se o conhecimento adquirido nesse momento poderá influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

Não colocou duvidas

3.2 Realização da sessão

☒ Sessão realizada

☐ Sessão não realizada

☐ Outra:

3.3 Expectativa quanto ao impacto do conhecimento dos direitos no parto

☒ Considera que conhecer os seus direitos poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☐ Considera que poderá fazer alguma diferença

☐ Considera que não fará diferença

☐ Não refletiu sobre essa possibilidade / não manifesta opinião

☐ Outra:

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☐ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☒ Outra: Adequada mas gostava de ter tido a informação antes, durante a gravidez

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto após o evento, relacionando a experiência da participante com o respeito pelos direitos no contexto assistencial, a autoeficácia demonstrada na interação com os profissionais de saúde e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Eutócico; bebe bem - apgar 10/10; contacto pele a pele durante 2h; "Doeu muito... mas foi bom"

4.2 Avaliação global da experiência

☒ Muito positiva / como desejado

☐ Globalmente positiva

☐ Neutra

☐ Difícil

☐ Muito negativa

☐ Outra: _____

4.3 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

☐ sim

☒ Não

☐ Não é possível avaliar

☐ Outra: _____

4.3.1 Se **Sim**, situações identificadas:

☐ Falta de informação ou explicação adequada

☐ Ausência de consentimento informado

☐ Falta de privacidade

☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa

☐ Limitação injustificada do acompanhante

☐ Outra: _____

4.4 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Percepção da participante

- ☒ Considera que o conhecimento dos direitos influenciou positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

4.5 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

- "a enfermeira deixou-me muito à vontade... Tentámos tantas posições, eu gostei disso... não disse para eu parar de gritar... senti apoio e confiança..."

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice J – Resposta Roteiro Bloco de Partos Com Plano de Nascimento 3

Instrumento de Registo de Notas de Campo Bloco de Partos — Participantes **Com Plano de Nascimento**

Projeto de Investigação: *Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica*

Objetivo do instrumento:

Registrar, de forma sistemática e estruturada, se a existência de um plano de nascimento se associa a maior conhecimento dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, identificar de que forma esses direitos são incorporados no plano de nascimento e analisar, na perspectiva da participante, se o plano de nascimento contribui para maior segurança, participação e influência na vivência do trabalho de parto e parto, bem como a relação entre a sessão de educação para a saúde realizada pela investigadora, a autoeficácia demonstrada e o respeito pelos direitos no contexto do bloco de partos, enquanto potencial instrumento de prevenção da violência obstétrica.

Tipo de instrumento:

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica e educativa em contexto de bloco de partos, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

21/06/2025

1.2 idade

37

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Brasileira

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☒ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e às fontes desse conhecimento, bem como compreender o plano de nascimento enquanto expressão de literacia em direitos e de antecipação de decisões no parto.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☒ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☒ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☒ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☒ Outra: Doula

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☒ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☒ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☒ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☒ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☒ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

2.4 Plano de Nascimento — processo de elaboração

- ☐ Elaborado de forma autónoma
- ☐ Elaborado com apoio de profissional de saúde
- ☐ Elaborado em curso de preparação para o parto
- ☒ Elaborado com apoio de doula/educadora perinatal
- ☐ Outra:

2.5 Discussão prévia do Plano de Nascimento com profissionais de saúde

- ☐ Sim, em consulta durante a gravidez
- ☐ Sim, durante internamento prévio
- ☐ Sim, no momento de admissão no bloco de partos
- ☒ Não foi discutido previamente
- ☐ Outra: _____

2.6 Integração de direitos no Plano de Nascimento

- ☒ Preferências relativas à informação e consentimento informado
- ☒ Preferências quanto à presença de acompanhante
- ☒ Preferências quanto à mobilidade e posições no trabalho de parto/parto
- ☒ Preferências quanto à privacidade e ambiente
- ☒ Limitação de intervenções sem indicação clínica
- ☒ Contacto pele-a-pele imediato
- ☒ Apoio à amamentação
- ☐ Outra: _____

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde sobre os direitos da mulher e o plano de nascimento, avaliando a adequação dos conteúdos e da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento e o próprio plano de nascimento poderão influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

Apresentação de reclamação; o que pode acontecer aos profissionais de saúde que não respeitem direitos

3.2 Realização da sessão

☒ Sessão realizada

☐ Sessão não realizada

☐ Outra:

3.3 Expectativa da participante quanto ao impacto do conhecimento e do plano de nascimento no parto

☒ Considera que o conhecimento adquirido poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☐ Considera que o plano de nascimento poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☐ Considera que poderão fazer alguma diferença

☐ Considera que não farão diferença

☐ Não reflete sobre essa possibilidade / não manifesta opinião

☐ Outra:

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☒ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, explorando se, na perspectiva da participante, o plano de nascimento contribuiu para maior segurança, participação e respeito pelos direitos, bem como a relação com a autoeficácia demonstrada e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Distocico - cesariana; bebe bem - apgar 8/9/10; "Não foi o que eu quis mas foi o que teve de ser... estou triste... Nem sempre soube comunicar... talvez tenha sido muito assertiva..."

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☒ Neutra
- ☐ Díficil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra: _____

4.3 Respeito pelo Plano de Nascimento

- ☐ Plano de nascimento foi respeitado
- ☒ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra: _____

4.4 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/ Não é possível avaliar
- ☒ Outra: Não consegue ter certezas, mas acha que sim _____

4.4.1 Se **Sim**, situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Desconsideração do plano de nascimento sem justificção clínica

☒ Outra: Refere falta de empatia

4.5 Relação entre Plano de Nascimento, conhecimento dos direitos e vivência do parto — percepção da participante

- ☐ Considera que o plano de nascimento e o conhecimento dos direitos influenciaram positivamente a sua vivência
- ☒ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

4.6 Relação entre Plano de Nascimento e vivência do parto — autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☒ Invocou o plano de nascimento
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

- "Nunca ponderei um plano B... sinto-me triste porque não foi o que queria... Foste a única pessoa preocupada comigo... eram todos muito frios... Tive de pedir para deixarem o meu marido estar presente na cesariana, e mesmo assim tivemos alturas separados..."

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Os direitos da Mulher no ciclo Gravídico-puerperal: A nova lei

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa
1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

Enf Inês Jordão

Sob orientação de:



Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025



1. Os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025

1.1 – Direitos das Mulheres: Conceito e Fundamento



Constituem um conjunto de garantias jurídicas, éticas e sociais que asseguram que a mulher, enquanto sujeito de direitos, seja respeitada na sua dignidade, autonomia e integridade física e emocional ao longo da gravidez, parto e puerpério.

Estes direitos baseiam-se em princípios universais de Direitos Humanos e saúde reprodutiva, consagrados em instrumentos internacionais (como a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres – CEDAW; Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde - OMS...) e em normas nacionais (como as Leis n.º 15/2014, 110/2019 e 33/2025; Normas da DGS...).

1.1 – Direitos das Mulheres: Conceito e Fundamento^{3,4}



No ciclo gravídico-puerperal, a mulher é sujeito de direitos e protagonista dos seus cuidados.

Quando estes direitos são comprometidos
(por omissão, imposição ou negligência...)



estamos perante violência obstétrica (VO).

↳ Promover direitos é prevenir violência.

↳ Cuidados respeitadores são cuidados seguros.

Esta situação compromete não só os direitos humanos das mulheres, mas também a qualidade dos cuidados e os resultados em saúde materna e neonatal.

1.2 - A realidade Portuguesa⁵⁻⁹



Legislação Nacional

◆ Lei n.º 15/2014 - Reconhece direitos como:

→ Consentimento informado, acompanhante, privacidade e dignidade.

◆ Lei n.º 110/2019 - Reforça:

→ Plano de parto, cuidados individualizados, amamentação precoce.

→ Consentimento como processo contínuo.

→ Direito a cuidados baseados na evidência.

Normas da DGS

◆ Norma n.º 001/2023

→ Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério.

◆ Cursos de Preparação para o Parto (2020)

→ Comunicação clara, escuta ativa, decisão partilhada.

◆ Orientação n.º 002/2023 (rev. 2024)

→ Desaconselha:

- Episiotomia sistemática
- Ocitocina de rotina
- Amniotomia sem indicação
- Manobra de Kristeller

→ Reforça: liberdade de movimentos, apoio emocional, plano de parto.

1.2 - A realidade Portuguesa¹⁰



Mas: práticas não recomendadas continuavam - relatos crescentes de mulheres, associações e entidades como o Observatório de Violência Obstétrica (OVO), e por entidades públicas, como a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), apontavam para a persistência de práticas obstétricas desrespeitosas e não fundamentadas em evidência científica.

1.3 - O caminho para a criação da Lei n.º 33/2025^{4,10,11}



Ação Parlamentar

- **Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021:**
 - Recomenda ao Governo a eliminação de práticas de VO
 - Propõe a realização de um estudo nacional

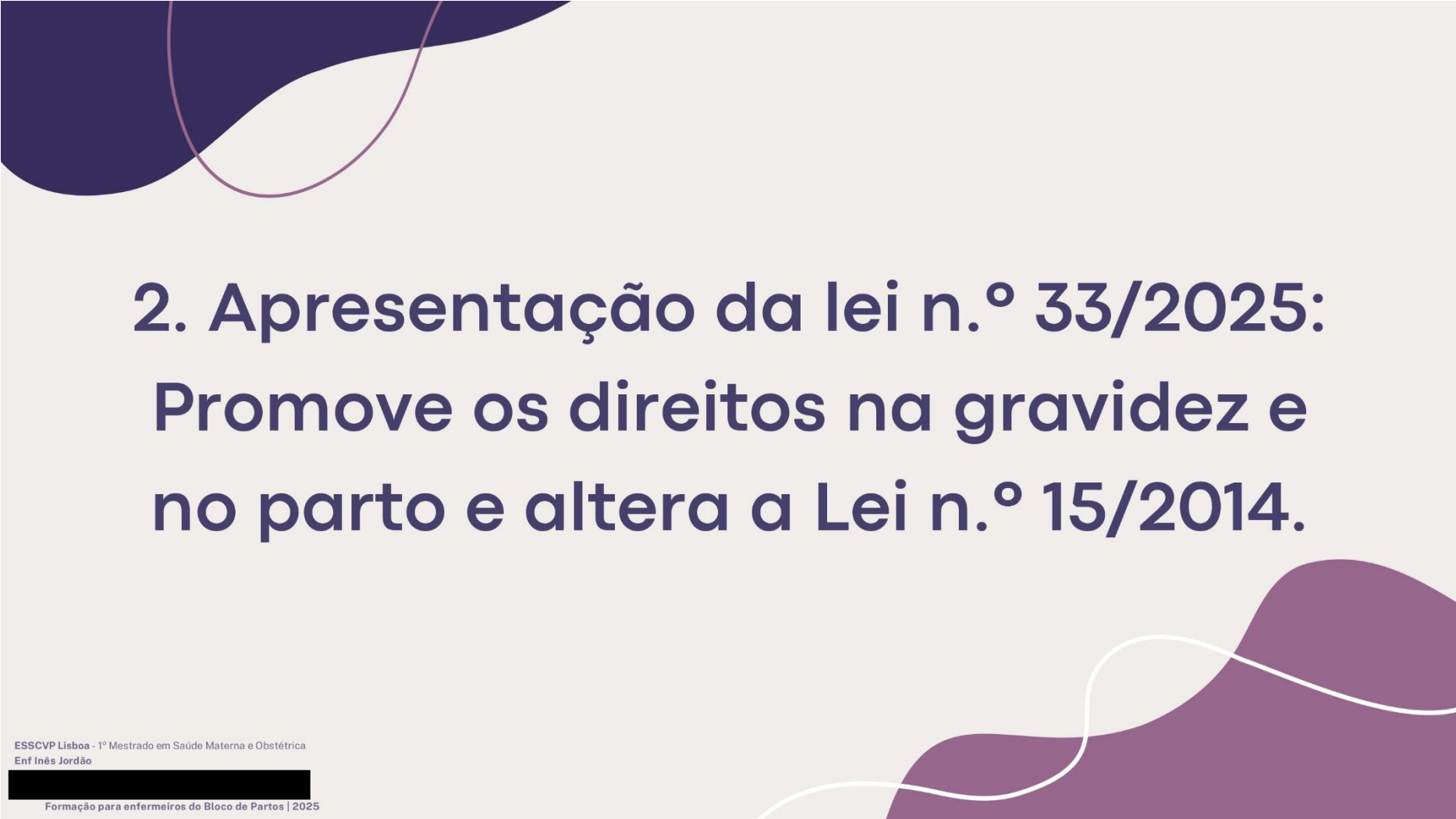
Iniciativa Legislativa

- **Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.ª:**
 - Apresentado para reforçar a proteção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da VO.
 - Baseado em relatos reais, evidência científica e recomendações da OMS.

Pressão social + Necessidade identificada + Lacunas legais = Aprovação da Lei n.º 33/2025

- ✓ Definir VO legalmente
- ✓ Impor medidas formativas e de responsabilização
- ✓ Alinhar Portugal com normas internacionais

A Lei n.º 33/2025 responde a um apelo social, jurídico e ético: dar nome ao problema, proteger a mulher, prevenção e responsabilização.



2. Apresentação da lei n.º 33/2025: Promove os direitos na gravidez e no parto e altera a Lei n.º 15/2014.

2.1 – Definição legal de violência obstétrica⁴



- Segundo o Artigo 2.º da Lei n.º 33/2025:

“Violência obstétrica é a ação física e verbal exercida pelos profissionais de saúde sobre o corpo e os procedimentos na área reprodutiva das mulheres ou de outras pessoas gestantes, que se expressa num tratamento desumanizado, num abuso da medicalização ou na patologização dos processos naturais, desrespeitando o regime de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério.”

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



• Artigo 4.º – Formação e Capacitação Profissional

1. **Determina que as instituições de ensino superior relacionadas com a formação em saúde e políticas sociais devem incluir nos seus conteúdos curriculares e formativos:**

- Direitos humanos, sexuais e reprodutivos;
- Autonomia corporal e consentimento informado;
- Práticas clínicas respeitadoras e humanizadas;
- Identificação e Prevenção de VO.

Implicação direta: necessidade de revisão dos conteúdos curriculares e programas de formação em contexto clínico e académico.

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



- **Artigo 5.º – É alterado à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o artigo 15.º-E - Desvios ao plano de Nascimento**

1. Qualquer desvio às preferências expressas no plano de nascimento, bem como qualquer ato clínico relevante, deve ser documentado de forma fundamentada no processo clínico.

Implicação direta: reforça a obrigação de justificar clinicamente, por escrito, qualquer desvio ao plano de parto.

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



- **Artigo 6.º – É aditado à Lei n.º 15/2014, de 21 de março, o artigo 18.º-A, – Informação e acesso à denúncia**

As unidades de saúde devem:

1. Afixar informação clara e visível sobre os direitos das mulheres durante a gravidez e parto.
2. Disponibilizar mecanismos de denúncia acessíveis, incluindo canais digitais e proteção do anonimato.
3. Garantir que as denúncias sejam tratadas com celeridade, imparcialidade e respeito pelos princípios do contraditório.

Implicação direta: dever institucional de criar espaços visíveis de escuta ativa das utentes.

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



- **Artigo 7.º – Registo de procedimentos**

1. Este artigo estabelece que:

"Todos os atos médicos ou de enfermagem que sejam realizados durante o parto são obrigatoriamente registados com a devida justificação, em conformidade com as orientações e normas técnicas da Direção-Geral da Saúde."

Implicação direta: reforça o dever profissional de fundamentar e documentar as intervenções realizadas durante o parto.

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



Artigo 8.º – Erradicação da episiotomia de rotina

Estabelece que:

- Intervenções realizadas sem indicação clínica fundamentada, como a episiotomia de rotina, entre outras práticas desaconselhadas pela DGS e OMS, podem configurar VO.
- Os estabelecimentos de saúde podem ser alvo de sanções administrativas, disciplinares e financeiras se perpetuarem práticas abusivas ou desrespeitadoras.
- Os profissionais envolvidos podem ser alvo de processos disciplinares ou legais, em caso de conduta reiterada ou negligente.

Implicação direta: reforço da prestação de contas por parte das instituições e dos profissionais.

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



• Artigo 9.º – Informação e sensibilização

Os ministérios da Saúde e da Igualdade de Género devem garantir os meios necessários para a elaboração de um relatório anual com dados sobre satisfação nos cuidados de saúde, cumprimento dos planos de nascimento e registo de procedimentos.

A elaboração do relatório e a realização de campanhas de sensibilização ficam a cargo da Comissão Multidisciplinar para os Direitos na Gravidez e no Parto.

• Artigo 10.º – Comissão Multidisciplinar para os Direitos na Gravidez e no Parto

Cria a Comissão Multidisciplinar com três funções principais:

- a) Promover campanhas sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal;
- b) Sensibilizar para o respeito e humanização do parto;
- c) Elaborar um relatório anual com dados sobre satisfação, cumprimento dos planos de nascimento e registo de procedimentos.

2.2 – Principais disposições da Lei n.º 33/2025 com impacto na prática clínica⁴



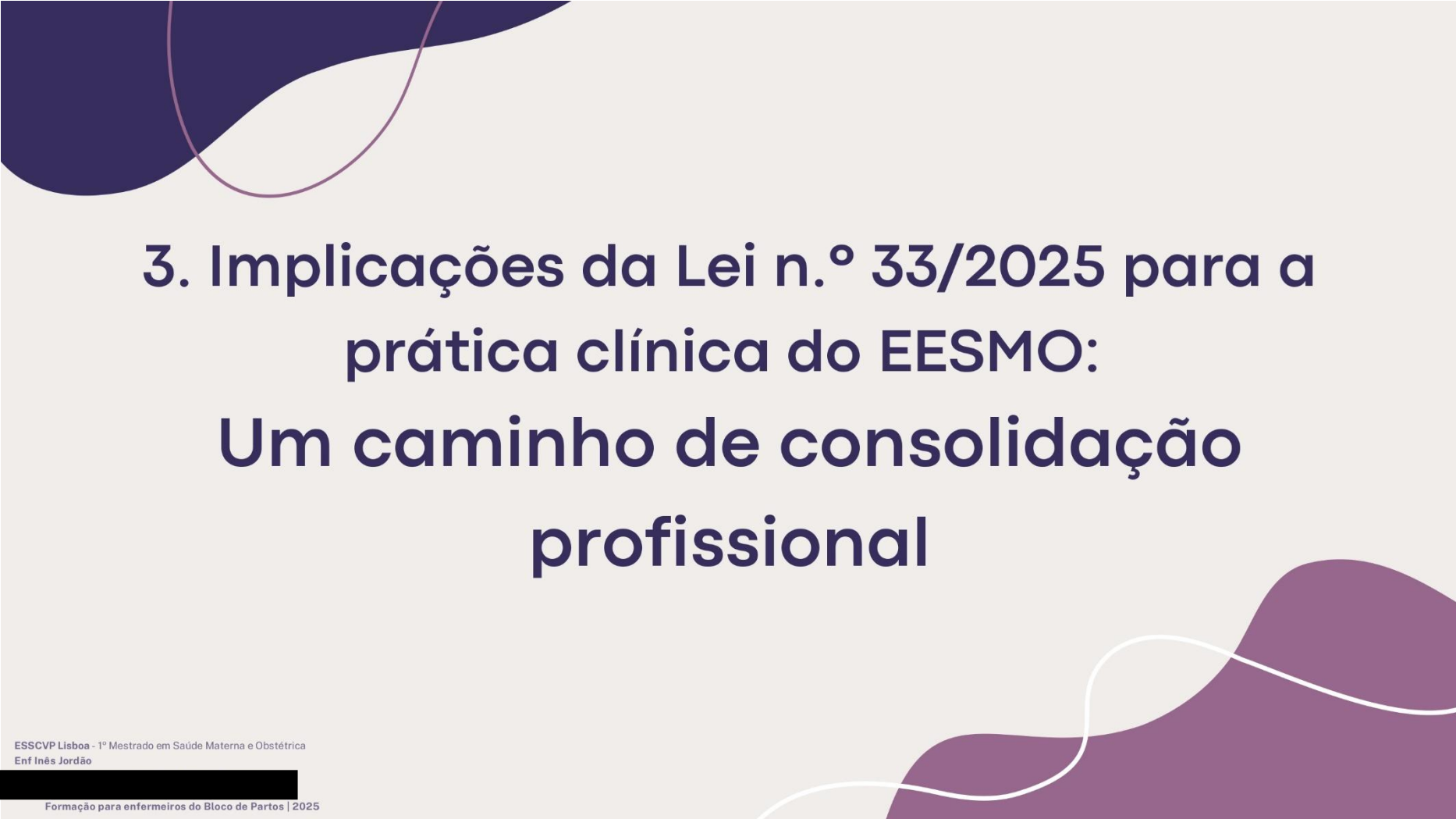
• Artigo 11.º – Composição da Comissão

Define que a Comissão será composta por:

- a) Um presidente designado pelo Conselho de Ministros;
- b) Quatro representantes dos utentes eleitos pela Assembleia da República;
- c) Quatro membros nomeados pela Direção-Geral da Saúde, incluindo profissionais da saúde materno-infantil e obstétrica.

• Artigo 12.º – Recursos e funcionamento da Comissão

Estabelece que a Comissão funcionará junto do Ministério da Saúde e do ministério com a tutela da igualdade, que deverão assegurar os recursos necessários ao seu funcionamento.



3. Implicações da Lei n.º 33/2025 para a prática clínica do EESMO: Um caminho de consolidação profissional

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025

Concordâncias

Preocupações

Questões

PARTILHA

Reflexões

Discordâncias



**A Lei n.º 33/2025 não desafia os princípios da nossa profissão
— vem afirmá-los com respaldo legal, reforçando o que já
fazemos enquanto especialistas comprometidos com o cuidado
ético, baseado na evidência e centrado na mulher.**

3.1 – Uma lei que reconhece e dá corpo ao que o EESMO já defende¹²⁻¹⁴

Enquanto EESMO, a vossa prática já é regida por um quadro ético e deontológico robusto, consagrado:

- No Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015);
- No Regulamento das Competências Específicas do EESMO (Regulamento n.º 391/2019);
- Nos Padrões de Qualidade da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (OE).

Estes documentos orientam-nos para uma prática que coloca a dignidade, a autonomia, o consentimento informado, a escuta ativa e a personalização dos cuidados no centro da nossa ação clínica.

3.1 – Uma lei que reconhece e dá corpo ao que o EESMO já defende^{4,5,12-14}

Exigência legal	Fundamento na prática ética e especializada do EESMO
Escuta ativa e respeito pelas decisões da mulher (Lei n.º 15/2014, Art. 15.º-E; Lei n.º 33/2025, Art. 5.º)	Regulamento competências do ESSMO n.º 391/2019 – Competência 3: Comunicação centrada na mulher e validação das suas escolhas
Consentimento informado contínuo e fundamentado (Lei n.º 15/2014, Art. 15.º-C; reforçado na Lei n.º 33/2025)	Código deontológico enf. Lei n.º 156/2015, Art. 100.º, al. b) – Responsabilidade pelos atos praticados ou delegados
Respeito pelo plano de nascimento e fundamentação dos desvios (Lei n.º 15/2014, Art. 15.º-E; Lei n.º 33/2025, Art. 5.º)	Padrões de Qualidade do EESMO, Ponto 2.2.3 – Corresponsabilização com a mulher e registo justificado das intervenções
Cuidado respeitador, sem práticas discriminatórias ou abusivas (Lei n.º 156/2015, Art. 102.º)	Código Deontológico enf, Art. 102.º, al. a) – Dever de cuidar sem qualquer forma de discriminação
Registo clínico justificado de todos os atos (Lei n.º 33/2025, Art. 7.º)	Regulamento competências do ESSMO n.º 391/2019, Competência 1.5.1 – Registo crítico e rigoroso dos cuidados prestados
Formação em direitos humanos, autonomia e boas práticas (Lei n.º 33/2025, Art. 4.º)	Código deontológico enf Lei n.º 156/2015, Art. 100.º, al. e) – Dever de formação contínua e atualização científica permanente

3.2 - Escuta ativa e tempo relacional: cuidar para além do protocolo^{4,7,8,12-14}

A escuta ativa, exigida agora por lei (art. 5.º), não se trata de um momento extra ou opcional — é parte do cuidado clínico.

O desafio está em encontrar formas de a operacionalizar, mesmo num contexto de múltiplas tarefas e limitações de tempo.

- **Como pode o EESMO integrar a escuta ativa na sua abordagem?**

1. Através de pequenos gestos: perguntar, validar, explicar, ouvir sem interromper.
2. Utilizando pausas clínicas (entre registos, monitorização ou exames) como momentos de diálogo.
3. Incorporando o plano de nascimento como ferramenta orientadora da escuta, e não como um obstáculo logístico.

3.3 – Consentimento informado contínuo: um processo, não um formulário^{3-8, 12-14}

O consentimento informado sempre foi legalmente exigido, mas a nova lei reforça a necessidade de que seja contínuo, compreendido e respeitado (art. 7.º).

Não se trata de burocracia, mas de empoderamento.

- **Como podemos, como EESMO, promover este tipo de consentimento?**

1. Evitando o automatismo nas intervenções (“agora vou fazer um toque” → “Posso fazer um toque? Acha confortável agora?”).
2. Reforçando que o “não” da mulher é válido e respeitável, mesmo em contexto hospitalar.
3. Documentando claramente recusas e decisões conjuntas, com tranquilidade e profissionalismo.

3.4 – O Plano de nascimento: uma oportunidade para conhecer, e não para limitar^{3,4,7,8}

O plano de nascimento, reforçado pela nova legislação (art. 6.º), pode tornar-se uma ferramenta clínica real e útil — não como imposição, mas como ponto de partida para o diálogo e a corresponsabilização nos cuidados.

- **E se o plano de nascimento fosse o nosso mapa relacional com cada mulher?**

1. Permite conhecer valores, desejos e limites da utente.
2. Oferece-nos linguagem para esclarecer decisões de forma informada e com mais conforto.
3. Protege-nos juridicamente, quando é lido, respeitado e devidamente justificado se houver desvios.

3.5 - Práticas clínicas baseadas em evidência: compromisso com cuidados seguros e alinhados à lei^{3-7,9,12-14}

A nova lei (art. 8.º) tipifica como abusivas práticas que, há muito, são desaconselhadas pela evidência científica e pelas normas da DGS e OMS, como:

- Episiotomia de rotina;
- Manobra de Kristeller;
- Ocitocina em partos fisiológicos sem indicação clínica;
- Restrição de posição no parto ou liberdade de movimentos sem justificação...

Como podemos garantir que os nossos cuidados se alinham com estas diretrizes?

1. Atualizando periodicamente os protocolos de serviço com base nas normas da DGS e OMS e nas novas evidências científicas.
2. Favorecendo formação interna e partilha de boas práticas.
3. Valorizando a decisão clínica fundamentada, e registando-a no processo como exigido legalmente.

3.6 – Cultura de equipa: integrar mudanças com empatia e respeito^{4,12-14}

Nenhuma mudança se faz individualmente.

A implementação desta lei exige coesão e comunicação entre os membros da equipa, onde cada um se sente parte da solução.

- **Como cultivar uma cultura de respeito mútuo e melhoria contínua?**

1. Através da escuta mútua: entre profissionais, e entre profissionais e utentes.
2. Através da partilha de experiências e dúvidas, sem receio de errar.
3. Através da revisão partilhada de casos complexos, à luz da nova lei, como forma de aprendizagem coletiva.

3.7 – E sobre as sanções previstas na nova lei?

Um espaço para clarificar e não temer^{4,12-14}

É natural que a Lei n.º 33/2025 suscite preocupações legítimas quanto à responsabilização disciplinar ou jurídica. No entanto, importa esclarecer:

- A lei não visa punir quem atua com responsabilidade e base na evidência, mas criar mecanismos de proteção contra práticas abusivas ou negligentes.
- O Código Deontológico da OE e a Lei n.º 156/2015 já preveem a responsabilidade ética, disciplinar e legal por atos contrários às boas práticas.
- A responsabilização é um prolongamento legal do dever ético da profissão – e pressupõe liberdade, consciência e prestação de contas no cuidado.

A responsabilização aplica-se quando:

- São realizadas práticas não justificadas clinicamente;
- Se desrespeitam normas da DGS e OMS ou a evidência científica;
- Se violam os direitos da mulher ao consentimento, à autonomia, à dignidade.

3.7 – E sobre as sanções previstas na nova lei?

Um espaço para clarificar e não temer^{4,12-14}

- **O que a lei não faz:**

1. Não criminaliza o erro clínico ou a decisão fundamentada.
2. Não desvaloriza a autoridade técnica do profissional.
3. Não presume má-fé na prática clínica.

- **O que a lei faz:**

1. Exige fundamentação clínica registada para cada ato que diverge das preferências da mulher.
2. Responsabiliza as instituições, não apenas os profissionais, pela prevenção da VO.
3. Promove a formação contínua como forma de prevenção primária.
4. Incentiva a autoavaliação e escuta das utentes, como estratégia de melhoria e não de punição.

Reflexão

Será que esta lei, mais do que uma imposição, representa o reconhecimento daquilo que já praticamos todos os dias: uma enfermagem ética, informada e responsável?

3.8 – Oportunidades para a prática do EESMO

4,12-14



Para o/a EESMO, esta lei representa não apenas um desafio, mas uma valorização legal do seu papel como defensor/a dos direitos das mulheres, agente de qualidade e promotor/a de boas práticas em saúde.

Com esta lei, o EESMO vê reforçadas as suas possibilidades de:

- Atuar com maior respaldo legal na defesa dos direitos da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal;
- Afirmar a sua identidade profissional, já ancorada em práticas baseadas na ética, autonomia e evidência científica;
- Assumir um papel formativo e sensibilizador nas equipas, promovendo práticas alinhadas com os princípios da lei e da profissão;
- Contribuir ativamente para a revisão de protocolos e ambientes de prática clínica, tornando os blocos de partos mais alinhados para utentes e profissionais;
- Reforçar o trabalho em equipa e a corresponsabilização clínica, com decisões partilhadas e respeito pelo plano de nascimento.



Reflexão

**Esta lei não exige mais do que já somos:
profissionais responsáveis, conscientes e
comprometidos com o cuidar com
dignidade.**

4. Propostas de Melhoria para a Integração da Lei n.º 33/2025 no Bloco de Partos

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025

PROPOSTA

Com base no novo enquadramento legal, nas orientações da DGS e nos princípios éticos que norteiam a prática do EESMO, proponho dois eixos de melhoria para facilitar a implementação prática da Lei n.º 33/2025 no bloco de partos.

4.1 – Plano de nascimento simplificado para mulheres sem documento prévio^{4,7,8,13}

Justificação:

O plano de nascimento é consagrado na Lei, comprometendo-se a que os profissionais apoiem a sua construção e respeitem as preferências da mulher. Muitas mulheres, porém, chegam ao bloco sem documento formal, por falta de informação/ tempo/ ...

Proposta:

1. Criar um modelo simplificado de plano de nascimento (formulário breve, com linguagem acessível), a disponibilizar na triagem ou admissão.
2. Formar os profissionais sobre como acolher e interpretar este documento, integrando-o na prática assistencial.
3. Garantir que o plano de nascimento seja lido, respeitado e integrado no processo clínico, com registo de quaisquer alterações justificadas.

4.1 - Plano de nascimento simplificado para mulheres sem documento prévio^{4,7,8,13}

- **Impacto esperado:**

1. Reforço da autonomia e satisfação da mulher.
2. Melhoria da comunicação entre equipa e utente.
3. Prevenção de percepções de desrespeito ou negligência.
4. Instrumento de proteção legal para os profissionais.

4.2 - Monitorização contínua da experiência das mulheres^{3,4,7,15}

Justificação:

A Lei n.º 33/2025 prevê que as utentes sejam envolvidas na avaliação dos cuidados prestados, como forma de promoção da qualidade e prevenção da VO. Esta prática está igualmente prevista nas normas da DGS e nas boas práticas internacionais (OMS, ERS).

Proposta:

1. Criar um instrumento breve e anónimo de feedback pós-parto (digital ou em papel, com QR code), que possa ser preenchido pela mulher ainda durante o internamento.
2. Incluir perguntas sobre: respeito pelo PN, consentimento, comunicação com a equipa, e experiência global.
3. Designar uma equipa de monitorização interna para análise dos dados, produção de relatórios periódicos e propostas de melhoria.

4.2 - Monitorização contínua da experiência das mulheres^{3,4,7,15}

- **Impacto esperado:**

1. Melhoria contínua dos cuidados com base na experiência real das utentes.
2. Aumento da confiança e credibilidade institucional.
3. Instrumento de diagnóstico precoce de riscos ético-legais...

Conclusão

A Lei n.º 33/2025 não vem colocar em causa a nossa prática — vem consolidá-la, valorizá-la e proteger-nos como profissionais. Oferece-nos o respaldo jurídico para práticas que já defendemos enquanto especialistas, e convida-nos a afinar os nossos cuidados com os princípios de dignidade, autonomia e ciência, já presentes no nosso código deontológico.

Integrá-la é, acima de tudo, um ato de profissionalismo, de humanidade e de coragem coletiva.

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025

Referências
Bibliográficas



DUVIDAS/ QUESTÕES COMENTÁRIOS

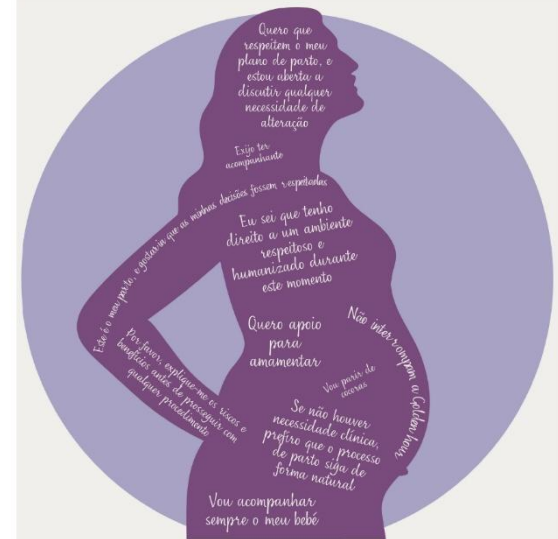
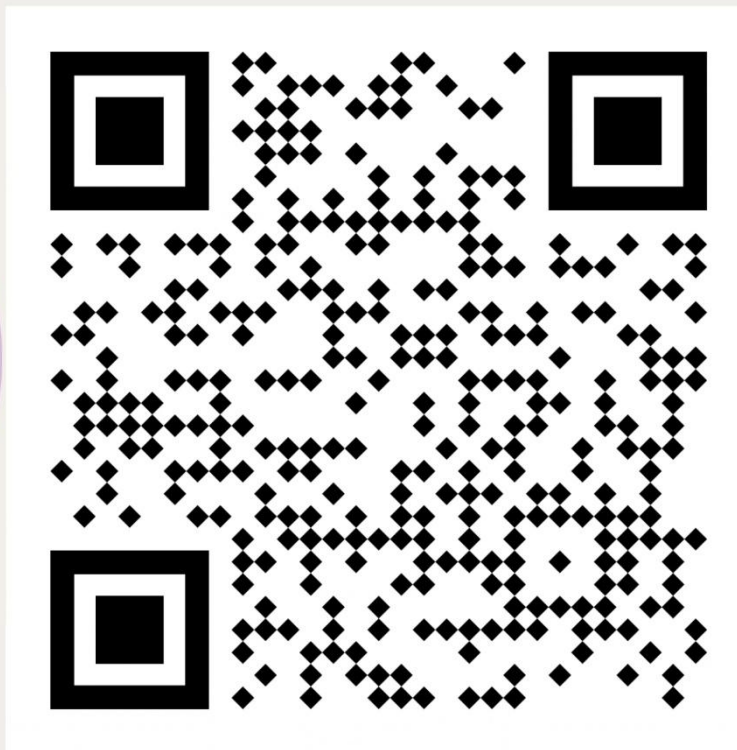
MUITO
OBRIGADA!



ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025

E agora... qual a tua opinião sobre este tema?



ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros do Bloco de Partos | 2025

Apêndice L – Formulário Inicial da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos

- Os direitos da Mulher no ciclo Gravidico-puerperal: **A nova lei**

Estimados colegas

O meu nome é **Inês Jordão**, sou enfermeira e estudante do **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica** na **Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa**.

Este questionário faz parte do meu projeto final, desenvolvido no âmbito do **Mestrado**, com o tema: **"Os Direitos da Mulher: Prevenção da Violência Obstétrica"**.

No contexto deste trabalho, proponho a realização de uma formação dirigida aos enfermeiros do Bloco de Partos, com o objetivo de promover conhecimento e reflexão sobre a nova **Lei n.º 33/2025**, os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e a sua aplicação prática no quotidiano clínico.

Este **questionário inicial** tem como finalidade recolher a perceção **antes da formação**, nomeadamente: Conhecimento prévio sobre a nova lei; Opinião inicial sobre a sua pertinência e aplicabilidade; Dúvidas, expectativas ou receios quanto à sua implementação.

A participação é voluntária e as respostas serão tratadas de forma anónima, sendo utilizadas apenas para fins de

recolha de informação,
essenciais para o desenvolvimento de notas de campo.

Obrigada pelo contributo!

1- Já tinha conhecimento prévio da Lei n.º 33/2025?

- ☐ Sim, li a lei na íntegra
- ☐ Sim, conheço parcialmente
- ☐ Já ouvi falar, mas não conheço os detalhes
- ☐ Não, é a primeira vez que ouço falar desta lei

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2- Qual é a sua opinião inicial sobre esta lei?

- ☐ Considero esta lei essencial para reforçar os direitos das mulheres e melhorar os cuidados de saúde
- ☐ Concordo com os objetivos da lei, mas tenho dúvidas quanto à sua aplicação prática
- ☐ Não tenho ainda uma opinião formada ou vejo esta lei com neutralidade.
- ☐ Reconheço que o tema é relevante, mas considero que a lei exagera ou pode ter implicações negativas
- ☐ Acredito que esta lei é desnecessária e desajustada à realidade dos cuidados prestados
- ☐ Outra:

3- Na sua opinião, a lei vai:

- ☐ Melhorar a qualidade dos cuidados prestados
- ☐ Dificultar a atuação clínica
- ☐ Ter pouco impacto na prática diária
- ☐ Outra:

4- Considera que esta lei poderá impactar a sua prática profissional?

- ☐ Sim, de forma positiva
- ☐ Sim, de forma negativa
- ☐ Não terá impacto
- ☐ Ainda não sei

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5- Quais os seus principais receios ou dúvidas em relação à Lei n.º 33/2025?

A sua resposta

6- O que espera esclarecer ou compreender melhor com esta formação?

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice M – Formulário Final da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos

Avaliação da sessão - Os direitos da Mulher no ciclo Gravidico-puerperal: A nova lei

1- Como avalia globalmente esta sessão de formação?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muito fraca ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Excelente

2- O conteúdo apresentado foi relevante para a sua prática profissional?

- ☐ Sim, muito relevante
- ☐ Sim, em parte
- ☐ Pouco relevante
- ☐ Nada relevante

3- A formadora apresentou o conteúdo de forma clara e acessível?

- ☐ Totalmente claro
- ☐ Maioritariamente claro
- ☐ Algumas partes confusas
- ☐ Pouco ou nada claro

4- Que aspetos considerou mais positivos nesta sessão?

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5- O que considera que poderia ser melhorado?

A sua resposta

6- E agora... esta formação alterou ou reforçou a sua perspectiva sobre este tema?

- ☐ Sim, alterou significativamente
- ☐ Sim, mas de forma subtil
- ☐ Não, já partilhava esta visão
- ☐ Não, continuo com dúvidas ou resistências
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outra:

7- Recomendaria esta formação a outros colegas?

- ☐ SIM
- ☐ Não

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice N - Respostas Formulário Inicial da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos

- Os direitos da Mulher no ciclo Gravidico-puerperal: A nova lei

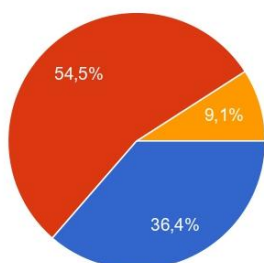
11 respostas

[Publicar estatísticas](#)

1- Já tinha conhecimento prévio da Lei n.º 33/2025?

[Copiar](#)

11 respostas

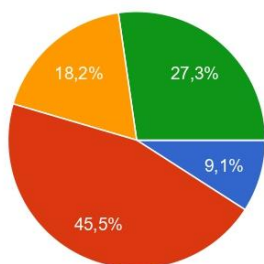


- Sim, li a lei na íntegra
- Sim, conheço parcialmente
- Já ouvi falar, mas não conheço os detalhes
- Não, é a primeira vez que ouço falar desta lei

2- Qual é a sua opinião inicial sobre esta lei?

[Copiar](#)

11 respostas

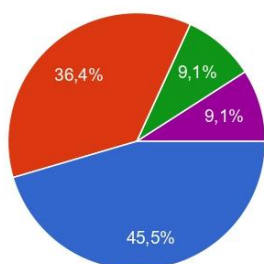


- Considero esta lei essencial para reforçar os direitos das...
- Concordo com os objetivos da lei, mas tenho dúvidas quanto...
- Não tenho ainda uma opinião formada ou vejo esta lei com...
- Reconheço que o tema é relevante, mas considero que...
- Acredito que esta lei é desnecessária e desajustada...

3- Na sua opinião, a lei vai:

[Copiar](#)

11 respostas



- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados
- Dificultar a atuação clínica
- Ter pouco impacto na prática diária
- Não tenho opinião porque desconheço a atualização
- O objetivo seria melhorar os cuidados nas poderá também dificultar a atuação clínica

6- O que espera esclarecer ou compreender melhor com esta formação?

6 respostas

Consolidar conhecimento e partilha sobre algumas questões

A lei propriamente dita e a sua influência na nossa prática profissional

Justificação de todos os atos no processo

Até onde posso ir sem ofender ninguém é ficar de consciência tranquila

Quais são as nossas melhores hipóteses de acordo com esta lei

Se me for possível vou assistir á formação para melhor consolidar os aspetos consignados na lei

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários



Apêndice O - Respostas Formulário Inicial da Formação aos Enfermeiros do Bloco de Partos

Avaliação da sessão - Os direitos da Mulher no ciclo Gravidico-puerperal: **A nova lei**

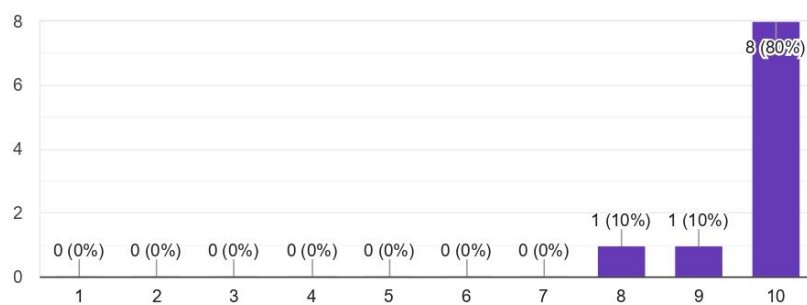
10 respostas

[Publicar estatísticas](#)

1- Como avalia globalmente esta sessão de formação?

[Copiar](#)

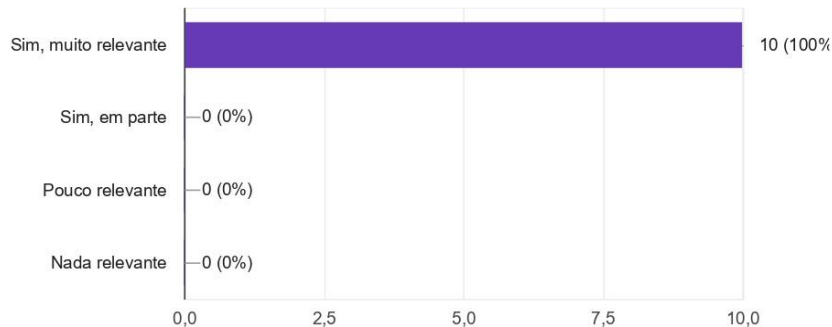
10 respostas



2- O conteúdo apresentado foi relevante para a sua prática profissional?

[Copiar](#)

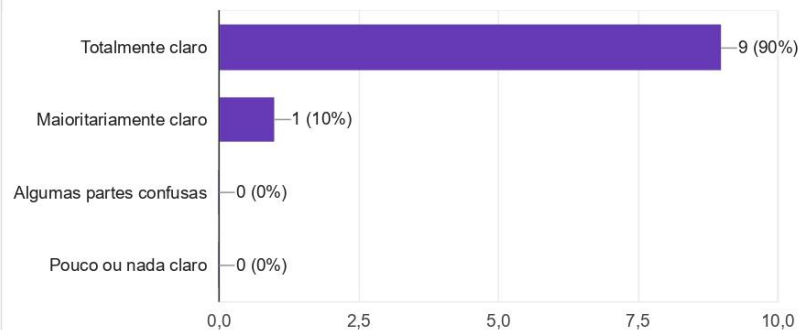
10 respostas



3- A formadora apresentou o conteúdo de forma clara e acessível?



10 respostas



4- Que aspetos considerou mais positivos nesta sessão?

10 respostas

O pormenor da informação

O nível de conhecimento e domínio do tema

Uma visão diferente e mais detalhada da lei

Informação partilhada

A sugestão de se avaliar a experiência de parto das mulheres como forma de melhorar a nossa prática diária

O nível de esclarecimento

O paralelismo feito sobre os aspectos que a lei aponta com as práticas descritas nas funções do EESMO.

Atualização de informações

Ter ficado totalmente ilucidada

O domínio do tema



5- O que considera que poderia ser melhorado?

6 respostas

Nada a apontar

Nada a referir

O espaço e o tempo

O tempo para debate

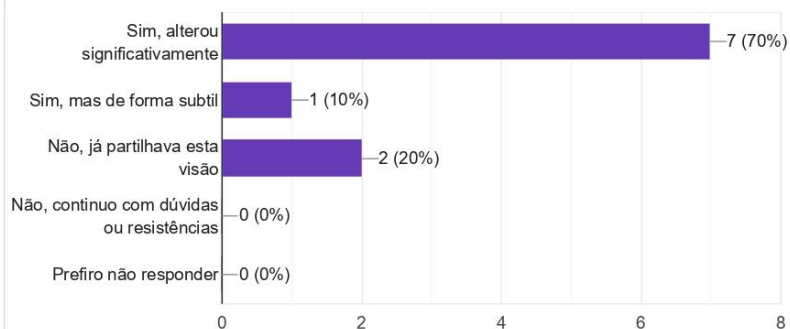
Instalações e tempo disponível

Nada

6- E agora... esta formação alterou ou reforçou a sua perspectiva sobre este tema?

 Copiar

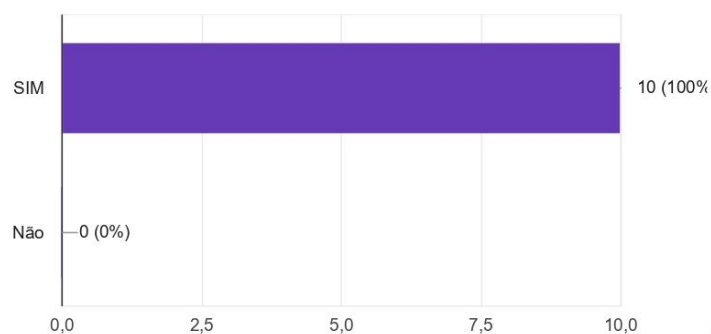
10 respostas



7- Recomendaria esta formação a outros colegas?

 Copiar

10 respostas



Apêndice P - Tabela Plano de Projeto Internamento de Puérperas 19/09/2025 a 24/10/2025: Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Cronograma Semanal					Recursos	Avaliação
Promover o empoderamento da mulher sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal	Promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço sobre a pertinência e aplicabilidade das atividades propostas.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico, com registo escrito dos tópicos discutidos e das sugestões recebidas durante a reunião.
		Realização de reuniões informais com o supervisor clínico do serviço para avaliar a evolução das atividades propostas.			X		X	Supervisor clínico; Supervisor pedagógico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos duas reuniões com os supervisores sobre a implementação e eficácia das atividades realizadas.
	Sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal	Identificação de dúvidas frequentes das puérperas relacionadas com os seus direitos e práticas humanizadas, através de conversa informal.		X	X	X		Puérperas; Roteiro	Aplica pelo menos uma vez o roteiro.
		Identificação das puérperas que têm plano de nascimento, se este engloba os seus direitos e se estes direitos foram respeitados até ao momento.		X	X	X	X	Puérperas com plano de nascimento; Roteiro	Aplica pelo menos uma vez o roteiro.
		Realização de momentos de educação para a saúde à puérpera, abordando os direitos da mulher e incentivando a sua participação ativa nas decisões de saúde.		X	X	X	X	Puérperas.	Sensibiliza pelo menos uma puérpera.
		Elaboração de um <i>site</i> informativo sobre os direitos da mulher no período gravídico-puerperal, e entrega do <i>Qr Code</i> de acesso ao mesmo.		X				Computador Materiais	Entrega de pelo menos um <i>Qr Code</i>
	Discutir a viabilidade de apresentação da temática com a equipa de enfermagem	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço para apresentar proposta de um momento de discussão aberta com a equipa de enfermagem sobre a temática.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico.

Apêndice Q - Ata Reunião Inicial Internamento de Puérperas

ATA DA REUNIÃO INICIAL – APRESENTAÇÃO DO PIF

Ensino Clínico: Internamento de Puérperas (EC IP), Hospital [REDACTED]

Local: Sala de enfermagem

Data: 20/09/2025

Participantes:

- Estudante: Enf Inês Jordão (1º MESMO, 2.º ano)
- Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ordem de trabalhos

1. Apresentação do Projeto Individual de Formação (PIF) e Plano de Projeto (PP);
2. Discussão de aplicabilidade/viabilidade no EC IP;
3. Definição do circuito metodológico e instrumentos;
4. Discussão sobre possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem;
5. Planeamento de acompanhamento e próximos passos.

Síntese da discussão

A estudante apresentou o PIF/PP, centrado na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de situações de desrespeito/violência obstétrica, clarificando a necessidade de adaptação metodológica ao contexto do IP, atendendo à vulnerabilidade do pós-parto imediato e à dinâmica assistencial do serviço.

No âmbito da aplicabilidade/viabilidade no EC IP, a SC manifestou cautelosa recetividade, sublinhando que a implementação do projeto deveria respeitar rigorosamente o momento clínico oportuno e não interferir com prioridades assistenciais. Foi igualmente referido pela SC que a autorização para iniciar a aplicação do PP dependeria de aval da Chefia/Enfermeira-Chefe, comprometendo-se a SC a abordar o assunto com a Enfermeira-Chefe e a comunicar posteriormente à estudante a decisão, ficando a implementação condicionada a essa validação.

Quanto ao circuito metodológico e instrumentos, ficou registado que a intervenção seria integrada na prestação de cuidados, em momento oportuno, e operacionalizada através de Instrumentos de Registo de Notas de Campo (IRNC) específicos do EC IP, diferenciados para puérperas com Plano de Nascimento (PN) e puérperas sem PN, com registo pós-interação. Foi ainda definido que o recurso de literacia em direitos (site) seria disponibilizado às participantes através de QR code em formato de porta-chaves, como suporte para consulta autónoma da informação.

Relativamente à possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem, a questão foi discutida, tendo a SC considerado que, face ao tempo de estágio e à

organização do serviço, poderia não ser o momento mais oportuno para garantir um momento síncrono estruturado. Ainda assim, a SC referiu que iria discutir com a Enfermeira-Chefe a viabilidade dessa possibilidade, ficando acordado que seria realizada nova reunião após essa conversa, para decisão e eventual planeamento.

Deliberações

- a) O PP foi considerado pertinente para o EC IP, devendo ser ajustado à dinâmica assistencial e aplicado apenas em momento clinicamente oportuno.
- b) A implementação do PP ficou condicionada ao aval da Chefia/Enfermeira-Chefe, a obter pela SC, que comunicará posteriormente a decisão à estudante.
- c) Ficou registado que a recolha de informação seria realizada através de IRNC IP para puérperas com PN e sem PN, com registo pós-interação, e que seria entregue o QR code em porta-chaves como recurso de literacia.
- d) A possibilidade de apresentação da temática à equipa será reavaliada após a SC abordar o assunto com a Enfermeira-Chefe, ficando prevista nova reunião para decisão.

Próximos passos

A SC irá solicitar o aval da Chefia/Enfermeira-Chefe para início da aplicação do PP no EC IP e abordará igualmente a viabilidade de apresentação da temática à equipa, comunicando à estudante a decisão.

Será agendada reunião subsequente para operacionalizar a decisão e ajustar o plano de implementação ao serviço.

Encerramento

Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata que, após leitura, vai ser assinada.

Estudante: Inês Jordão

Data: 20/09/2025

Orientadora Clínica:

Data: 20/09/2025

Apêndice R – Roteiro Internamento de Puérperas Sem Plano de Nascimento

Instrumento de Registo de Notas de Campo Puerpério – Participantes **Sem Plano de Nascimento**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, o conhecimento prévio da mulher no pós-parto imediato sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, a forma como esses direitos foram respeitados ou não durante o trabalho de parto e parto, bem como a percepção retrospectiva sobre se o conhecimento dos direitos e a existência de um plano de nascimento poderiam ter influenciado a sua vivência, avaliando ainda o impacto da sessão de educação para a saúde realizada no puerpério na interpretação da experiência vivida e na capacitação futura.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no contexto de internamento em puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto do pós-parto imediato, permitindo a contextualização das notas de campo e a análise dos dados recolhidos.

1.1 data

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.2 idade

A sua resposta

1.3 nº de gestações anteriores

A sua resposta

1.4 nacionalidade

A sua resposta

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar conhecimentos sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal e se esta temática foi abordada por algum profissional de saúde ao longo do percurso assistencial.

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento durante a gravidez
- ☐ Bloco de partos
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto (avaliação pré-sessão)

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto tal como percecionada espontaneamente pela mulher, antes da sessão de educação para a saúde, identificando sentimentos de respeito ou desrespeito e a eventual ocorrência de situações de violação de direitos.

3.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Dificil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

3.3 Auto-identificação de respeito/desrespeito (pré-sessão)

- ☐ Considera que foi tratada com respeito ao longo do parto
- ☐ Considera que houve alguns momentos de desrespeito
- ☐ Considera que houve desrespeito significativo
- ☐ Não sabe / não consegue avaliar

3.3.1 Se desrespeito, situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

enquanto momento de esclarecimento, capacitação e prevenção futura.

4.1 Dúvidas expressas pela participante

A sua resposta

4.2 Realização da sessão

- ☐ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra:

4.3 Avaliação do momento educativo – *conteúdo e adequação*

- ☐ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação respondeu às questões colocadas
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ A Informação foi pouco relevante neste momento
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.4 Avaliação da forma de exposição – *comunicação*

- ☐ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Reavaliação da experiência após a sessão de educação para a saúde

Avaliar se, após a sessão de educação para a saúde, a mulher mantém ou reformula a sua interpretação da vivência do trabalho de parto e parto e analisar a percepção do impacto da informação adquirida na vivência do pós-parto e em percursos futuros de cuidados.

5.1 Reavaliação da vivência do parto após a sessão

- ☐ Mantém a percepção de que não ocorreu desrespeito nem violação de direitos
- ☐ Mantém a percepção de que ocorreram alguns momentos de desrespeito
- ☐ Mantém a percepção de que ocorreu desrespeito e/ou violação de direitos de forma significativa
- ☐ Passa a identificar alguns momentos como desrespeito que anteriormente não reconhecia
- ☐ Passa a identificar desrespeito e/ou violação de direitos de forma significativa, que anteriormente não reconhecia
- ☐ Não é possível avaliar / a participante não reformula a percepção
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5.2 Plano de Nascimento – Após conhecer melhor os seus direitos, a participante considera que **ter tido um plano de nascimento**:

- ☐ Teria feito diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Poderia ter feito alguma diferença
- ☐ Não teria feito diferença
- ☐ Poderia ter tido impacto negativo na vivência do parto
- ☐ Não refletiu sobre esta possibilidade / não sabe avaliar

5.3 Impacto prospetivo da informação adquirida no puerpério

- ☐ Poderá fazer diferença positiva na vivência do pós-parto atual
- ☐ Poderá fazer alguma diferença na forma como vivencia o pós-parto
- ☐ Não considera que fará diferença no pós-parto
- ☐ Não sabe / não consegue avaliar

5.4 Reflexão final - comentários/partilhas...

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice S – Resposta Roteiro Internamento de Puérperas Sem Plano de Nascimento

Instrumento de Registo de Notas de Campo Puerpério — Participantes **Sem Plano de Nascimento**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registrar, de forma sistemática e estruturada, o conhecimento prévio da mulher no pós-parto imediato sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, a forma como esses direitos foram respeitados ou não durante o trabalho de parto e parto, bem como a percepção retrospectiva sobre se o conhecimento dos direitos e a existência de um plano de nascimento poderiam ter influenciado a sua vivência, avaliando ainda o impacto da sessão de educação para a saúde realizada no puerpério na interpretação da experiência vivida e na capacitação futura.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no contexto de internamento em puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto do pós-parto imediato, permitindo a contextualização das notas de campo e a análise dos dados recolhidos.

1.1 data

14/10/2025

1.2 idade

33

1.3 nº de gestações anteriores

1

1.4 nacionalidade

Brasileira

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☒ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar conhecimentos sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal e se esta temática foi abordada por algum profissional de saúde ao longo do percurso assistencial.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☒ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento durante a gravidez
- ☐ Bloco de partos
- ☒ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra: _____

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos

☒ Outra:

Conhece alguns mas não identifica como direito, mas sim como possibilidades que dependem do hospital e dos profissionais

Vivência do trabalho de parto/parto (avaliação pré-sessão)

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto tal como percecionada espontaneamente pela mulher, antes da sessão de educação para a saúde, identificando sentimentos de respeito ou desrespeito e a eventual ocorrência de situações de violação de direitos.

3.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Cesariana programada por cst anterior; bebe bem . apgar 9/10; - " correu tudo bem"

3.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☒ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra: _____

3.3 Auto-identificação de respeito/desrespeito (pré-sessão)

- ☒ Considera que foi tratada com respeito ao longo do parto
- ☐ Considera que houve alguns momentos de desrespeito
- ☐ Considera que houve desrespeito significativo
- ☐ Não sabe / não consegue avaliar

3.3.1 Se desrespeito, situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra: _____

Sessão de educação para a saúde

Registrar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos às necessidades da participante e a clareza da comunicação, bem como

enquanto momento de esclarecimento, capacitação e prevenção futura.

4.1 Dúvidas expressas pela participante

Quem garante os direitos? depende do hospital ou dos profissionais?

4.2 Realização da sessão

☒ Sessão realizada

☐ Sessão não realizada

☐ Outra:

4.3 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

☒ A informação pareceu adequada às necessidades

☐ A informação respondeu às questões colocadas

☐ A informação pareceu parcialmente adequada

☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento

☐ A Informação foi pouco relevante neste momento

☐ Outra:

4.4 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Reavaliação da experiência após a sessão de educação para a saúde

Avaliar se, após a sessão de educação para a saúde, a mulher mantém ou reformula a sua interpretação da vivência do trabalho de parto e parto e analisar a percepção do impacto da informação adquirida na vivência do pós-parto e em percursos futuros de cuidados.

5.1 Reavaliação da vivência do parto após a sessão

- ☐ Mantém a percepção de que não ocorreu desrespeito nem violação de direitos
- ☐ Mantém a percepção de que ocorreram alguns momentos de desrespeito
- ☐ Mantém a percepção de que ocorreu desrespeito e/ou violação de direitos de forma significativa
- ☒ Passa a identificar alguns momentos como desrespeito que anteriormente não reconhecia
- ☐ Passa a identificar desrespeito e/ou violação de direitos de forma significativa, que anteriormente não reconhecia
- ☐ Não é possível avaliar / a participante não reformula a percepção
- ☐ Outra:

5.2 Plano de Nascimento — Após conhecer melhor os seus direitos, a participante considera que **ter tido um plano de nascimento**:

- ☐ Teria feito diferença positiva na vivência do parto
- ☒ Poderia ter feito alguma diferença
- ☐ Não teria feito diferença
- ☐ Poderia ter tido impacto negativo na vivência do parto
- ☐ Não refletiu sobre esta possibilidade / não sabe avaliar

5.3 Impacto prospectivo da informação adquirida no puerpério

- ☐ Poderá fazer diferença positiva na vivência do pós-parto atual
- ☒ Poderá fazer alguma diferença na forma como vivencia o pós-parto
- ☐ Não considera que fará diferença no pós-parto
- ☐ Não sabe / não consegue avaliar

5.4 Reflexão final - comentários/partilhas...

- " Acredito que esta informação fará muita diferença para quem ainda não teve o seu bebé... "

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



Apêndice U - Tabela Plano de Projeto Internamento de grávidas 28/10/2025 a 03/12/2025: Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Cronograma Semanal					Recursos	Avaliação
Promover o empoderamento da mulher sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal	Promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço sobre a pertinência e aplicabilidade das atividades propostas.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico, com registo escrito dos tópicos discutidos e das sugestões recebidas durante a reunião.
		Realização de reuniões informais com o supervisor clínico do serviço para avaliar a evolução das atividades propostas.			X		X	Supervisor clínico; Supervisor pedagógico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos duas reuniões com os supervisores sobre a implementação e eficácia das atividades realizadas.
	Sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal	Identificação de dúvidas frequentes das grávidas relacionadas com os seus direitos e práticas humanizadas, através de conversa informal.		X	X	X	X	Grávidas em ITP; Roteiro.	Aplica pelo menos uma vez o roteiro.
		Identificação das grávidas que têm plano de nascimento e análise com as mesmas da inclusão dos seus direitos.		X	X	X	X	Grávidas com PN em ITP; Roteiro.	Aplica pelo menos uma vez o roteiro.
		Realização de momento de educação para a saúde à grávida, abordando os direitos da mulher e incentivando a sua participação ativa nas decisões de saúde.		X	X	X	X	Grávidas em ITP.	Sensibiliza pelo menos uma grávida.
		Elaboração de um <i>site</i> informativo sobre os direitos da mulher no período gravídico-puerperal, e entrega do <i>Qr Code</i> de acesso ao mesmo.		X				Computador Materiais	Entrega de pelo menos um <i>Qr Code</i>
	Discutir a viabilidade de apresentação da temática com a equipa de enfermagem	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço para apresentar proposta de um momento de discussão aberta com a equipa de enfermagem sobre a temática.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico.

Apêndice V - Ata Reunião Inicial Internamento de Grávidas

ATA DA REUNIÃO INICIAL – APRESENTAÇÃO DO PIF

Ensino Clínico: Internamento de Grávidas (EC IG), Hospital [REDACTED]

Local: Sala de enfermagem

Data: 30/10/2025

Participantes:

- Estudante: Enf Inês Jordão (1ºMESMO, 2.º ano)
- Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ordem de trabalhos

1. Apresentação do Projeto Individual de Formação (PIF) e Plano de Projeto (PP);
2. Discussão de aplicabilidade/viabilidade no EC IG;
3. Definição do circuito metodológico e instrumentos;
4. Discussão sobre possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem;
5. Planeamento de acompanhamento e próximos passos.

Síntese da discussão

A estudante apresentou o PIF/PP, centrado na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de situações de desrespeito/violência obstétrica, e partilhou o plano previamente delineado com a SC. No âmbito da aplicabilidade/viabilidade no EC IG, ficou desde logo identificado que o público-alvo mais adequado para implementação do projeto seriam as grávidas internadas para indução do trabalho de parto (ITP), por permitirem maior previsibilidade e condições para recolha “antes e após” o parto, sem comprometer a dinâmica assistencial.

Quanto ao circuito metodológico e instrumentos, a estudante propôs que fosse adotado o mesmo circuito aplicado no BP, utilizando IRNC diferenciados para participantes com PN e sem PN, em momento clinicamente oportuno. Foi igualmente discutida a importância, para o projeto, de realizar um momento final de recolha após o parto, com vista a completar a informação necessária no IRNC. Face a este objetivo, a SC propôs que a estudante solicitasse autorização prévia às participantes para as visitar no puerpério após o parto, de modo a realizar a recolha final. A estudante concordou, ficando assim definida a implementação do projeto no IG. A SC autorizou desde logo a aplicação do projeto, ficando estabelecido que a estudante o iniciaria sempre que entendesse ser clinicamente oportuno.

Relativamente à possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem, foi acordado que a proposta seria desenvolvida com base na observação e necessidades identificadas no serviço. Posteriormente, essa proposta seria apresentada à Enfermeira

“segundo elemento”, com vista a obter aval para aplicação à equipa e discutir qual a modalidade mais adequada para a formação/sensibilização.

Deliberações

- a) O PP foi considerado pertinente e exequível no EC IG, com foco preferencial em grávidas internadas para ITP.
- b) Foi validada a adoção do circuito metodológico já aplicado no BP, com utilização de IRNC diferenciados para participantes com PN e sem PN, em momento clinicamente oportuno.
- c) Foi acordada a inclusão de recolha final no puerpério, mediante autorização prévia das participantes para visita após o parto.
- d) A SC autorizou a implementação do projeto no IG, a iniciar pela estudante quando clinicamente oportuno.
- e) A proposta de formação/sensibilização será construída após observação e identificação de necessidades e posteriormente apresentada à Enfermeira “segundo elemento” para aval e definição do formato.

Próximos passos

Iniciar a aplicação do PP no IG, privilegiando grávidas internadas para ITP, com recolha prévia e planeamento de recolha final no puerpério mediante autorização.

Desenvolver proposta de formação/sensibilização com base na observação e necessidades identificadas; apresentar à Enfermeira “segundo elemento” para aval e definição do formato.

Manter acompanhamento do percurso e monitorização da exequibilidade em reuniões subsequentes (intermédia e final), conforme calendarização do EC.

Encerramento

Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata que, após leitura, vai ser assinada.

Estudante: Inês Jordão

Data: 30/10/2025

Orientadora Clínica:

Data: 30/10/2025

Apêndice W – Roteiro Internamento de Grávidas Sem Plano de Nascimento

Instrumento de Registo de Notas de Campo Medicina Materno Fetal - participantes sem plano de nascimento

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, o conhecimento prévio da participante sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal, as fontes desse conhecimento e a percepção do impacto do conhecimento adquirido na vivência do trabalho de parto e parto, bem como analisar a experiência pós-parto, distinguindo a ocorrência de respeito ou desrespeito pelos direitos da mulher nos momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica em contexto de internamento de grávidas (Medicina materno-fetal) e visita de follow-up no puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.2 idade

A sua resposta

1.3 nº de gestações anteriores

A sua resposta

1.4 nacionalidade

A sua resposta

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o nível de conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, bem como as fontes desse conhecimento.

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos às necessidades da participante e a clareza da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento poderá influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.2 Realização da sessão

- ☐ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra:

3.3 Expectativa quanto ao impacto do conhecimento dos direitos no parto

- ☐ Considera que conhecer os seus direitos poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Considera que poderá fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não fará diferença
- ☐ Não refletiu sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra:

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☐ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.5 Avaliação da forma de exposição – *comunicação*

- ☐ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto – avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, relacionando a experiência da participante com o respeito pelos direitos no contexto assistencial, distinguindo os momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos, bem como a autoeficácia demonstrada na interação com os profissionais de saúde.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

A sua resposta

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.3 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.3.1 Se Sim — em que momento(s) ocorreu(ram)?

- ☐ Durante o internamento pré-parto (medicina materno-fetal)
- ☐ Durante a estadia no bloco de partos
- ☐ Em ambos
- ☐ Outra:

4.3.2 Situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.4 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Percepção da participante

- ☐ Considera que o conhecimento dos direitos influenciou positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra:

4.5 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Autoeficácia observada

- ☐ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☐ Participou nas decisões
- ☐ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice X – Roteiro Internamento de Grávidas Com Plano de Nascimento

Instrumento de Registo de Notas de Campo Medicina Materno-Fetal – Participantes **Com Plano de Nascimento (PN)**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, se a existência de um plano de nascimento se associa a maior conhecimento dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, identificar de que forma esses direitos são integrados no plano de nascimento e analisar, na perspetiva da participante, se o plano de nascimento e o conhecimento adquirido contribuem para maior segurança, participação e influência na vivência do trabalho de parto e parto, distinguindo os momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos, enquanto potencial mecanismo de prevenção da violência obstétrica.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica em contexto de internamento de grávidas (Medicina Materno-Fetal) e visita de follow-up no puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.2 idade

A sua resposta

1.3 nº de gestações anteriores

A sua resposta

1.4 nacionalidade

A sua resposta

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e às fontes desse conhecimento, bem como compreender o plano de nascimento enquanto expressão de literacia em direitos e de antecipação de decisões no parto.

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

2.4 Plano de Nascimento — processo de elaboração

- ☐ Elaborado de forma autónoma
- ☐ Elaborado com apoio de profissional de saúde
- ☐ Elaborado em curso de preparação para o parto
- ☐ Elaborado com apoio de doula/educadora perinatal
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.5 Discussão prévia do Plano de Nascimento com profissionais de saúde

- ☐ Sim, em consulta durante a gravidez
- ☐ Sim, durante internamento prévio
- ☐ Sim, no momento de admissão na MMF
- ☐ Não foi discutido previamente
- ☐ Outra:

2.6 Integração de direitos no Plano de Nascimento

- ☐ Preferências relativas à informação e consentimento informado
- ☐ Preferências quanto à presença de acompanhante
- ☐ Preferências quanto à mobilidade e posições no trabalho de parto/parto
- ☐ Preferências quanto à privacidade e ambiente
- ☐ Limitação de intervenções sem indicação clínica
- ☐ Contacto pele-a-pele imediato
- ☐ Apoio à amamentação
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos e da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento e o próprio plano de nascimento poderão influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.1 Dúvidas expressas pela participante

A sua resposta

3.2 Realização da sessão

- ☐ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra:

3.3 Expectativa da participante quanto ao impacto do conhecimento e do plano de nascimento no parto

- ☐ Considera que o conhecimento adquirido poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Considera que o plano de nascimento poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☐ Considera que poderão fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não farão diferença
- ☐ Não reflete sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.4 Avaliação do momento educativo – *conteúdo e adequação*

- ☐ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

3.5 Avaliação da forma de exposição – *comunicação*

- ☐ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto – *avaliação pós-evento*

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, explorando se, na perspectiva da participante, o plano de nascimento contribuiu para maior segurança, participação e respeito pelos direitos, bem como a relação com a autoeficácia demonstrada e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Dificil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

4.3 Respeito pelo Plano de Nascimento no internamento MMF

- ☐ Plano de nascimento foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

4.4 Respeito pelo Plano de Nascimento no Bloco de partos

- ☐ Plano de nascimento foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.5 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.5.1 Se sim, em que momento(s) ocorreu(ram)?

- ☐ Durante o internamento MMF
- ☐ Durante o bloco de partos
- ☐ Em ambos
- ☐ Outra:

4.5.2 Situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Desconsideração do plano de nascimento sem justificação clínica
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.6 Relação entre Plano de Nascimento, conhecimento dos direitos e vivência do parto — percepção da participante

- ☐ Considera que o plano de nascimento e o conhecimento dos direitos influenciaram positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra:

4.7 Relação entre Plano de Nascimento e vivência do parto — autoeficácia observada

- ☐ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☐ Participou nas decisões
- ☐ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Invocou o plano de nascimento
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

4.8 Reflexão final - comentários/partilhas...

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Contatar proprietário do formulário. Termos de
Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice Y – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Sem Plano de Nascimento 1

Instrumento de Registo de Notas de Campo Medicina Materno Fetal - participantes sem plano de nascimento

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, o conhecimento prévio da participante sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal, as fontes desse conhecimento e a perceção do impacto do conhecimento adquirido na vivência do trabalho de parto e parto, bem como analisar a experiência pós-parto, distinguindo a ocorrência de respeito ou desrespeito pelos direitos da mulher nos momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica em contexto de internamento de grávidas (Medicina materno-fetal) e visita de follow-up no puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

4/11/2025

1.2 idade

29

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Portuguesa

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☒ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o nível de conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, bem como as fontes desse conhecimento.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☒ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☒ Internet / redes sociais
- ☒ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☒ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos às necessidades da participante e a clareza da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento poderá influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

Quer conhecer todos os direitos de forma geral

3.2 Realização da sessão

- ☒ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra: _____

3.3 Expectativa quanto ao impacto do conhecimento dos direitos no parto

- ☐ Considera que conhecer os seus direitos poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☒ Considera que poderá fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não fará diferença
- ☐ Não refletiu sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☒ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, relacionando a experiência da participante com o respeito pelos direitos no contexto assistencial, distinguindo os momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos, bem como a autoeficácia demonstrada na interação com os profissionais de saúde.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Eutócico; bebe nasceu bem - apgar 9/9/10; fez pele a pele 1h; "Tive tanta dor que nem conseguia pensar... Mas a enfermeira foi sempre falando comigo como eu pedi no início."

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☒ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra: _____

4.3 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☒ Não
- ☐ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.3.1 Se Sim — em que momento(s) ocorreu(ram)?

- ☐ Durante o internamento pré-parto (medicina materno-fetal)
- ☐ Durante a estadia no bloco de partos
- ☐ Em ambos
- ☐ Outra:

4.3.2 Situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra:

4.4 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Percepção da participante

- ☒ Considera que o conhecimento dos direitos influenciou positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

4.5 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☒ Outra: Pediu para ter o acompanhante sempre presente

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

- " Realmente faz muita diferença ter o conhecimento do nosso lado... Eu pensei que não seria capaz de dizer que não, mas fui! ... Senti-me com mais força e confiança..."

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice Z – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Sem Plano de Nascimento 2

Instrumento de Registo de Notas de Campo Medicina Materno Fetal - participantes sem plano de nascimento

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, o conhecimento prévio da participante sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal, as fontes desse conhecimento e a perceção do impacto do conhecimento adquirido na vivência do trabalho de parto e parto, bem como analisar a experiência pós-parto, distinguindo a ocorrência de respeito ou desrespeito pelos direitos da mulher nos momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica em contexto de internamento de grávidas (Medicina materno-fetal) e visita de follow-up no puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

26/11/2025

1.2 idade

28

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Angolana

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☒ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o nível de conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal, bem como as fontes desse conhecimento.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☐ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☒ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☒ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☒ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos às necessidades da participante e a clareza da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento poderá influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

Liberdade de movimentos e recusa de procedimentos

3.2 Realização da sessão

- ☒ Sessão realizada
- ☐ Sessão não realizada
- ☐ Outra: _____

3.3 Expectativa quanto ao impacto do conhecimento dos direitos no parto

- ☐ Considera que conhecer os seus direitos poderá fazer diferença positiva na vivência do parto
- ☒ Considera que poderá fazer alguma diferença
- ☐ Considera que não fará diferença
- ☐ Não refletiu sobre essa possibilidade / não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☒ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra: _____

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, relacionando a experiência da participante com o respeito pelos direitos no contexto assistencial, distinguindo os momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos, bem como a autoeficácia demonstrada na interação com os profissionais de saúde.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Eutócico; bebe nasceu bem - apgar 9/10

4.2 Avaliação global da experiência

- ☒ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Difícil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra: _____

4.3 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☒ sim
- ☐ Não
- ☐ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.3.1 Se Sim — em que momento(s) ocorreu(ram)?

- ☐ Durante o internamento pré-parto (medicina materno-fetal)
- ☒ Durante a estadia no bloco de partos
- ☐ Em ambos
- ☐ Outra:

4.3.2 Situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☒ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Outra:

4.4 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Percepção da participante

- ☒ Considera que o conhecimento dos direitos influenciou positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra:

4.5 Relação entre conhecimento dos direitos e vivência do parto - Autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

4.6 Reflexão final - comentários/partilhas...

- "Nós achamos sempre que não se pode fazer que não, não se questiona o médico... Houve uma médica que entrou sem pedir, sem falar para mim, mandou-me deitar e pôs a luva sem explicar nada... Fui eu que perguntei o que estava a acontecer... Quando ela disse que queria fazer o toque eu disse que não, que a enfermeira tinha feito há 5 minutos... Senti-me muito feliz quando ele nasceu... eu fiz como eu quis!"

.....

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice AA – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Com Plano de Nascimento 3

Instrumento de Recolha de Notas de Campo Medicina Materno-Fetal — Participantes **Com Plano de Nascimento (PN)**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, se a existência de um plano de nascimento se associa a maior conhecimento dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, identificar de que forma esses direitos são integrados no plano de nascimento e analisar, na perspetiva da participante, se o plano de nascimento e o conhecimento adquirido contribuem para maior segurança, participação e influência na vivência do trabalho de parto e parto, distinguindo os momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos, enquanto potencial mecanismo de prevenção da violência obstétrica.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica em contexto de internamento de grávidas (Medicina Materno-Fetal) e visita de follow-up no puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

12/11/2025

1.2 idade

28

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Brasileira

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☒ ensino secundario
- ☐ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e às fontes desse conhecimento, bem como compreender o plano de nascimento enquanto expressão de literacia em direitos e de antecipação de decisões no parto.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☒ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☒ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☒ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☒ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☒ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☒ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

2.4 Plano de Nascimento — processo de elaboração

- ☐ Elaborado de forma autónoma
- ☐ Elaborado com apoio de profissional de saúde
- ☒ Elaborado em curso de preparação para o parto
- ☐ Elaborado com apoio de doula/educadora perinatal
- ☐ Outra:

2.5 Discussão prévia do Plano de Nascimento com profissionais de saúde

- ☐ Sim, em consulta durante a gravidez
- ☐ Sim, durante internamento prévio
- ☐ Sim, no momento de admissão na MMF

☒ Não foi discutido previamente

☐ Outra: _____

2.6 Integração de direitos no Plano de Nascimento

- ☐ Preferências relativas à informação e consentimento informado
- ☒ Preferências quanto à presença de acompanhante
- ☒ Preferências quanto à mobilidade e posições no trabalho de parto/parto
- ☐ Preferências quanto à privacidade e ambiente
- ☐ Limitação de intervenções sem indicação clínica

☒ Contacto pele-a-pele imediato

☐ Apoio à amamentação

☒ Outra: Ambiente - luminosidade e intervenientes no momento do parto

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos e da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento e o próprio plano de nascimento poderão influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

se pode realmente recusar uma intervenção; Ao não aceitar certas intervenções, se a podem expulsar do hospital

3.2 Realização da sessão

☒ Sessão realizada

☐ Sessão não realizada

☐ Outra: _____

3.3 Expectativa da participante quanto ao impacto do conhecimento e do plano de nascimento no parto

☐ Considera que o conhecimento adquirido poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☐ Considera que o plano de nascimento poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☒ Considera que poderão fazer alguma diferença

☐ Considera que não farão diferença

☐ Não reflete sobre essa possibilidade / não manifesta opinião

☐ Outra: _____

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☒ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, explorando se, na perspectiva da participante, o plano de nascimento contribuiu para maior segurança, participação e respeito pelos direitos, bem como a relação com a autoeficácia demonstrada e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Eutócico; parto respeitado; Apgar 9/ 10; bebé fez contacto pele a pele; - "Foi muito tranquilo, apesar da dor, senti-me sempre acompanhada"

.....

4.2 Avaliação global da experiência

- ☒ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☐ Neutra
- ☐ Díficil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

4.3 Respeito pelo Plano de Nascimento no internamento MMF

- ☒ Plano de nascimento foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

4.4 Respeito pelo Plano de Nascimento no Bloco de partos

- ☒ Plano de nascimento foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

4.5 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☐ sim
- ☒ Não
- ☐ Não sabe/ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.5.1 Se sim, em que momento(s) ocorreu(ram)?

- ☐ Durante o internamento MMF
- ☐ Durante o bloco de partos
- ☐ Em ambos
- ☐ Outra:

4.5.2 Situações identificadas:

- ☐ Falta de informação ou explicação adequada
- ☐ Ausência de consentimento informado
- ☐ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Desconsideração do plano de nascimento sem justificação clínica
- ☐ Outra:

4.6 Relação entre Plano de Nascimento, conhecimento dos direitos e vivência do parto — percepção da participante

- ☒ Considera que o plano de nascimento e o conhecimento dos direitos influenciaram positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

4.7 Relação entre Plano de Nascimento e vivência do parto — autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☐ Invocou o plano de nascimento
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☒ Outra: Desejos e preferencias respeitadas: ambiente, intervenientes e tp no duche. Não ofereceram epidural, como pedido no plano de nascimento.

4.8 Reflexão final - comentários/partilhas...

" Senti que a enfermeira me conhecia, ela sugeria tudo o que eu queria na altura certa. E deixou o meu marido muito à vontade."

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Apêndice AB – Resposta Roteiro Internamento de Grávidas Com Plano de Nascimento 4

Instrumento de Recolha de Notas de Campo Medicina Materno-Fetal — Participantes **Com Plano de Nascimento (PN)**

Projeto de Investigação:

Os Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica

Objetivo do instrumento

Registar, de forma sistemática e estruturada, se a existência de um plano de nascimento se associa a maior conhecimento dos direitos no ciclo gravídico-puerperal, identificar de que forma esses direitos são integrados no plano de nascimento e analisar, na perspetiva da participante, se o plano de nascimento e o conhecimento adquirido contribuem para maior segurança, participação e influência na vivência do trabalho de parto e parto, distinguindo os momentos de internamento pré-parto e de bloco de partos, enquanto potencial mecanismo de prevenção da violência obstétrica.

Tipo de instrumento

Instrumento de registo de **notas de campo**, preenchido exclusivamente pela investigadora, no âmbito da prática clínica em contexto de internamento de grávidas (Medicina Materno-Fetal) e visita de follow-up no puerpério, não configurando questionário aplicado à participante.

Dados da participante

Caracterizar a participante no contexto clínico em que ocorre a recolha de dados, de forma a permitir a análise comparativa dos resultados em função de variáveis sociodemográficas e obstétricas relevantes.

1.1 data

20/11/2025

1.2 idade

35

1.3 nº de gestações anteriores

0

1.4 nacionalidade

Portuguesa

1.5 Escolaridade

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☒ ensino superior

Conhecimento prévio sobre direitos no ciclo gravídico-puerperal

Identificar o conhecimento prévio da participante relativamente aos seus direitos no ciclo gravídico-puerperal e às fontes desse conhecimento, bem como compreender o plano de nascimento enquanto expressão de literacia em direitos e de antecipação de decisões no parto.

2.1. Percepção global de conhecimento (antes de qualquer momento educativo)

- ☐ Demonstra conhecimento prévio consistente
- ☒ Demonstra conhecimento parcial/superficial
- ☐ Refere não ter conhecimento
- ☐ Demonstra incerteza ou confusão sobre o tema

2.2 Fontes do conhecimento prévio (quando existente)

- ☐ Nenhuma fonte identificada
- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☒ Curso de preparação para o parto e parentalidade
- ☐ Internamento prévio durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☒ Família / amigos
- ☐ Experiência de parto anterior
- ☐ Outra:

2.3 Direitos identificados espontaneamente (antes da sessão)

- ☐ Direito a informação clara, compreensível e adequada
- ☐ Direito a colocar questões e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante
- ☐ Direito à privacidade e tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito à liberdade de movimentos e escolha de posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☒ Não identifica direitos específicos
- ☐ Outra:

2.4 Plano de Nascimento — processo de elaboração

- ☒ Elaborado de forma autónoma
- ☐ Elaborado com apoio de profissional de saúde
- ☐ Elaborado em curso de preparação para o parto
- ☐ Elaborado com apoio de doula/educadora perinatal
- ☐ Outra:

2.5 Discussão prévia do Plano de Nascimento com profissionais de saúde

- ☐ Sim, em consulta durante a gravidez
- ☐ Sim, durante internamento prévio
- ☐ Sim, no momento de admissão na MMF

☒ Não foi discutido previamente

☐ Outra:

2.6 Integração de direitos no Plano de Nascimento

- ☐ Preferências relativas à informação e consentimento informado
- ☒ Preferências quanto à presença de acompanhante
- ☒ Preferências quanto à mobilidade e posições no trabalho de parto/parto
- ☐ Preferências quanto à privacidade e ambiente
- ☒ Limitação de intervenções sem indicação clínica
- ☒ Contacto pele-a-pele imediato
- ☐ Apoio à amamentação

☐ Outra:

Sessão de educação para a saúde

Registar a realização da sessão de educação para a saúde, avaliando a adequação dos conteúdos e da comunicação, bem como a percepção da participante sobre se o conhecimento adquirido nesse momento e o próprio plano de nascimento poderão influenciar a sua vivência do trabalho de parto e parto.

3.1 Dúvidas expressas pela participante

O que são direitos e se são válidos para qualquer hospital; Se os profissionais são obrigados a respeitar o plano de nascimento.

3.2 Realização da sessão

☒ Sessão realizada

☐ Sessão não realizada

☐ Outra: _____

3.3 Expectativa da participante quanto ao impacto do conhecimento e do plano de nascimento no parto

☒ Considera que o conhecimento adquirido poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☐ Considera que o plano de nascimento poderá fazer diferença positiva na vivência do parto

☐ Considera que poderão fazer alguma diferença

☐ Considera que não farão diferença

☐ Não reflete sobre essa possibilidade / não manifesta opinião

☐ Outra: _____

3.4 Avaliação do momento educativo — *conteúdo e adequação*

- ☒ A informação pareceu adequada às necessidades
- ☐ A informação pareceu parcialmente adequada
- ☐ A informação pareceu excessiva ou difícil de integrar no momento
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

3.5 Avaliação da forma de exposição — *comunicação*

- ☒ Linguagem clara, acessível e compreendida
- ☐ Linguagem globalmente compreendida, com necessidade de esclarecimentos
- ☐ Dificuldade de compreensão observada
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☐ Outra:

Vivência do trabalho de parto/parto — avaliação pós-evento

Analisar a vivência do trabalho de parto e parto, explorando se, na perspectiva da participante, o plano de nascimento contribuiu para maior segurança, participação e respeito pelos direitos, bem como a relação com a autoeficácia demonstrada e a eventual ocorrência de situações de desrespeito ou violação de direitos.

4.1 Caracterização do parto (tipo de parto, desfecho e comentários)

Distocico - ventosa; Parto intenso; bebe nasceu bem - apgar 10/ 10; Comentários - " Foi muito intenso, principalmente depois de chamarem os médicos.. Só me lembrava do que me tinha dito mas não conseguia falar. A certa altura o (companheiro) deu um berro e pediu para que falassem conosco... A partir daí senti outro apoio... Mas se ele não tivesse estado presente quando falou comigo no internamento duvido que tivesse tido coragem para aquilo."

4.2 Avaliação global da experiência

- ☐ Muito positiva / como desejado
- ☐ Globalmente positiva
- ☒ Neutra
- ☐ Díficil
- ☐ Muito negativa
- ☐ Outra:

4.3 Respeito pelo Plano de Nascimento no internamento MMF

- ☒ Plano de nascimento foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

4.4 Respeito pelo Plano de Nascimento no Bloco de partos

- ☐ Plano de nascimento foi respeitado
- ☒ Plano de nascimento foi parcialmente respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi respeitado
- ☐ Plano de nascimento não foi considerado
- ☐ Outra:

4.5 Percepção de situações de desrespeito ou violação de direitos

- ☒ sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe/ Não é possível avaliar
- ☐ Outra:

4.5.1 Se sim, em que momento(s) ocorreu(ram)?

- ☐ Durante o internamento MMF
- ☒ Durante o bloco de partos
- ☐ Em ambos
- ☐ Outra:

4.5.2 Situações identificadas:

- ☒ Falta de informação ou explicação adequada
- ☒ Ausência de consentimento informado
- ☒ Falta de privacidade
- ☐ Linguagem ou atitude desrespeitosa
- ☐ Limitação injustificada do acompanhante
- ☐ Desconsideração do plano de nascimento sem justificação clínica
- ☐ Outra:

4.6 Relação entre Plano de Nascimento, conhecimento dos direitos e vivência do parto — percepção da participante

- ☒ Considera que o plano de nascimento e o conhecimento dos direitos influenciaram positivamente a sua vivência
- ☐ Considera que influenciou parcialmente
- ☐ Considera que não influenciou
- ☐ Não manifesta opinião
- ☐ Outra: _____

4.7 Relação entre Plano de Nascimento e vivência do parto — autoeficácia observada

- ☒ Colocou questões ou pediu esclarecimentos
- ☒ Participou nas decisões
- ☒ Aceitou ou recusou intervenções após explicação
- ☒ Invocou o plano de nascimento
- ☐ Não demonstrou iniciativa nesse sentido
- ☐ Não foi possível avaliar
- ☒ Outra:
O companheiro foi a figura activa no período expulsivo; Antes do expulsivo a participante conseguiu todos os pontos assinalados

4.8 Reflexão final - comentários/partilhas...

- "Haveria de existir mais pessoas que nos ensinassem sobre os nossos direitos... Se não nos tivéssemos cruzado no internamento isto teria sido muito pior..."

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

Direitos das Mulheres no ciclo Gravídico-Puerperal

Porque conhecer os seus direitos é o primeiro passo de qualquer caminho



Os direitos da Mulher no ciclo Gravídico-puerperal:

Plano de Nascimento

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa
1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

Enf Inês Jordão

Sob orientação de:



Formação para enfermeiros da MMF | 2025



1. Plano de Nascimento (PN): o que é e para que serve

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros da MMF | 2025



1.1 - Definição e finalidade

Documento personalizado onde a grávida/casal expressa vontades e preferências para trabalho de parto, parto e pós-parto.

- Promove autonomia e suporta decisões informadas.

↳ **É um direito da mulher, reconhecido por Lei.**

↳ **Pode ser alterado em qualquer momento pela mulher.**

↳ **Deve ser discutido com a equipa de saúde.**

↳ **Deve ser respeitado sempre que clinicamente possível e em função dos recursos e segurança materno-fetal.**

2. A lei e o Plano de Nascimento

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros da MMF | 2025

2.1 – PN: Lei nº 15/2014 e Lei nº 33/2025



Lei nº 15/2014 Artigo 15.º-E, alterada pelo Artigo 5.º da Lei n.º 33/2025 - Prestação de cuidados para a elaboração e implementação do PN

1. Os serviços de saúde que acompanhem mulheres grávidas ou casais garantem o seu direito a um plano de nascimento, salvo se os mesmos declararem expressamente que não pretendem ter um plano de nascimento.
2. Na elaboração do plano de nascimento é prestado apoio à mulher grávida ou ao casal, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e esclarecendo a grávida ou o casal nas consultas de seguimento da gravidez ou nos cursos.
3. A vontade manifestada por parte da mulher grávida ou do casal no plano de nascimento deve ser respeitada, salvo em situações clínicas que o desaconselhem, tendo em vista preservar a segurança da mãe, do feto ou do recém-nascido, as quais devem ser sempre comunicadas à grávida ou ao casal, estando condicionada aos recursos logísticos e humanos disponíveis no momento do parto.
4. O plano de nascimento deve contemplar práticas aconselhadas pelos conhecimentos científicos, que sejam benéficas ao normal desenrolar do processo do parto e que não coloquem em risco a saúde e a própria vida da mãe, do feto ou do recém-nascido, assim como englobar procedimentos para os quais a equipa de saúde considere ter condições ou experiência para realizar com segurança.

2.1 – Plano de Nascimento: Lei nº 15/2014 e Lei nº 33/2025



5 - Em todo o processo do parto é assegurado o cumprimento do consentimento informado, esclarecido e livre, por parte da mulher grávida.

6 - A mulher grávida pode a todo o tempo, inclusive durante o trabalho de parto, modificar as preferências manifestadas previamente no plano de nascimento.

7 - Para efeitos do disposto nos números anteriores, a DGS deve definir, através de orientações e normas técnicas, o conteúdo orientador do modelo do plano de nascimento, garantindo-se progressivamente a desmaterialização dos suportes nesta matéria.

8 - Os desvios em relação ao plano de nascimento são obrigatoriamente registados e justificados pelos profissionais de saúde.

3. Plano de Nascimento e a MMF

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros da MMF | 2025

3.1 – PN: uma oportunidade e não uma limitação



O PN pode tornar-se uma ferramenta clínica real e útil — não como imposição, mas como ponto de partida para o diálogo e a corresponsabilização nos cuidados.

- **E se o PN fosse o nosso mapa relacional com cada mulher?**

1. Permite conhecer valores, desejos e limites da utente.
2. Oferece-nos linguagem para esclarecer decisões de forma informada e com mais conforto.
3. Protege-nos juridicamente, quando é lido, respeitado, registado e devidamente justificado se houver desvios.

3.2 - O que compete à equipa no internamento



INFORMAR, APOIAR, OPERACIONALIZAR

- O apoio à elaboração e revisão do PN deve ocorrer nas consultas e nos CPPP
 - No internamento deve-se confirmar, atualizar e documentar novas preferências.

✿ As instituições devem divulgar previamente recursos, práticas e limitações — informação crucial para ajustar expectativas e decisões.

➤ A equipa de enfermagem assegura acolhimento do PN, educação para tomada de decisão e registos clínicos fundamentados sempre que ocorra ajuste/desvio.

3.2.1 - Consentimento informado $\neq$ PN



O PN não substitui o consentimento informado “contínuo” para cada ato/intervenção.

A equipa deve garantir explicação adequada, alternativas, riscos/benefícios e tempo de decisão, e registar.

- **DGS–CPPP reforça:** se surgirem fatores clínicos inesperados, deve ser assegurado o exercício do consentimento informado, esclarecido e livre.

3.3 –Fluxo operativo no internamento: “Dos direitos à prática”



A. Admissão

1. Verificar existência de PN.

- Boas práticas: Se inexistente, deveria ser oferecido um modelo simplificado institucional e co-construir pontos críticos (dor, posições, acompanhante, pele-a-pele, alimentação, limites pessoais...)

2. Ler/discutir/atualizar.

- **Registar** que o PN foi lido/confirmado/discutido/atualizado e onde se encontra no processo.

3.3 –Fluxo operativo no internamento: “Dos direitos à prática”



B. Sempre que há decisão clínica

1. Explicar indicação, benefícios/risco, alternativas e possibilidade de recusa.
 - Colher consentimento e registar com fundamento clínico.

2. Se houver desvio face ao PN, justificar clinicamente e registar.

3.3 –Fluxo operativo no internamento: “Dos direitos à prática”



Exemplos de registo clínico

Modelo curto de nota de enfermagem para “desvio ao PN”:

“PN revisto com a utente às ___h.

Preferência inicial: ____.

Situação clínica atual: ____.

Indicação para [procedimento], explicados (benefícios/risco/alternativas), tempo para decisão assegurado.

Utente [concorda/recusa]. Desvio ao PN: [sim/não]. Justificação clínica: ____.

Consentimento [escrito/verbal]. Intervenção [realizada/adiada].

Assinatura/n.º cédula.”

3.3 – Pontos principais no internamento de grávidas



- Indução e métodos (preferências e alternativas)
- Controlo da dor (farmacológico e não farmacológico)
- Mobilidade
- Monitorização
- Acompanhante e horários.

Alinhar atuação com os direitos da mulher e o PN, e registar quaisquer desvios.

3.4 – Alguns direitos a ter em conta



- Garantir privacidade e informação adequada ao acompanhante (Lei 15/2014, Art. 16.º a 18.º).
- “É reconhecido à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto...” (Lei n.º 15/2014, Art 18º)
 - Fase latente não está de fora.
- Direito a receber informação clara e acessível, decidir livremente sobre os cuidados de saúde, incluindo aceitar, recusar ou revogar consentimento a qualquer momento. (Lei n.º 15/2014, Art. 3.º e 7.º; Lei n.º 110/2019, Art. 15.º-A, n.º 1, alínea a).
- “O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.” (Lei n.º 15/2014, Artigo 4.º, n.º 2.)
 - Todos os procedimentos devem ser baseados na melhor evidência científica.
- Os serviços de saúde obstétrica são obrigados a afixar cartazes informativos sobre os direitos das gestantes e os canais para denunciar violência obstétrica. (Lei n.º 33/2025, Artigo 6.º)

Concordâncias

Preocupações

Questões

PARTILHA

Reflexões

Discordâncias



Conclusão

O PN é um direito e um instrumento clínico.

O papel do profissional de saúde é operacionalizá-lo com boa prática, consentimento informado e registos clinicamente fundamentados.

Integrá-lo é, acima de tudo, um ato de profissionalismo.

MUITO OBRIGADA!

ESSCVP Lisboa - 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica
Enf Inês Jordão

Formação para enfermeiros da MMF | 2025

Referências
Bibliográficas



Apêndice AE – Formulário Final Formação para Enfermeiros do Internamento de Grávidas

Avaliação da sessão - Os direitos da Mulher no ciclo Gravídico-puerperal: Plano de nascimento

Estimados colegas

O meu nome é **Inês Jordão**, sou enfermeira e estudante do **Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica** na **Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa**.

Este questionário faz parte do meu projeto final, desenvolvido no âmbito do **Mestrado**, com o tema: **"Os Direitos da Mulher: Prevenção da Violência Obstétrica"**.

Tem como objetivo avaliar a formação realizada no serviço de Internamento de Grávidas sobre os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e o Plano de Nascimento, de forma a compreender a sua pertinência, clareza e utilidade prática, bem como apoiar a melhoria de futuras ações formativas.

A participação é voluntária e as respostas serão tratadas de forma anónima, sendo utilizadas apenas para fins de recolha de informação, essenciais para o desenvolvimento de notas de campo.

Obrigada pelo contributo!

* Indica uma pergunta obrigatória

1- Como avalia globalmente esta sessão de formação? *

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Muito fraca ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Excelente

2- O conteúdo apresentado foi relevante para a sua prática profissional? *

- ☐ Sim, muito relevante
- ☐ Sim, em parte
- ☐ Pouco relevante

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3- A formadora apresentou o conteúdo de forma clara e acessível? *

- ☐ Totalmente claro
- ☐ Maioritariamente claro
- ☐ Algumas partes confusas
- ☐ Pouco ou nada claro

4- Que aspetos considerou mais positivos nesta sessão?

A sua resposta

5- O que considera que poderia ser melhorado?

A sua resposta

6- E agora... esta formação alterou ou reforçou a sua perspectiva sobre este tema? *

- ☐ Sim, alterou significativamente
- ☐ Sim, mas de forma subtil
- ☐ Não, já partilhava esta visão
- ☐ Não, continuo com dúvidas ou resistências
- ☐ Prefiro não responder
- ☐ Outra:

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

7- Recomendaria esta formação a outros colegas? *

☐ SIM

☐ Não

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice AF – Respostas Formulário Final Formação para Enfermeiros do Internamento de Grávidas

Avaliação da sessão - Os direitos da Mulher no ciclo Gravídico-puerperal: Plano de nascimento

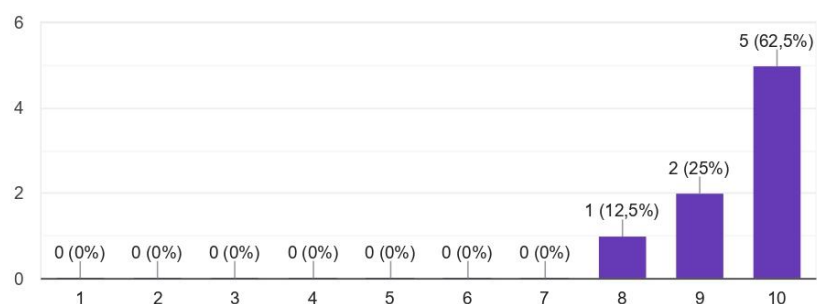
8 respostas

[Publicar estatísticas](#)

1- Como avalia globalmente esta sessão de formação?

[Copiar](#)

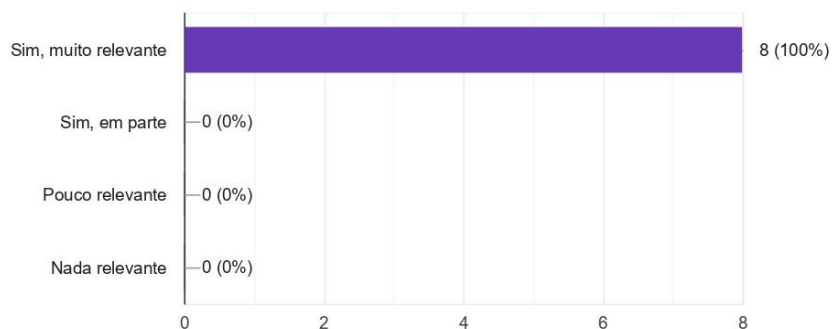
8 respostas



2- O conteúdo apresentado foi relevante para a sua prática profissional?

[Copiar](#)

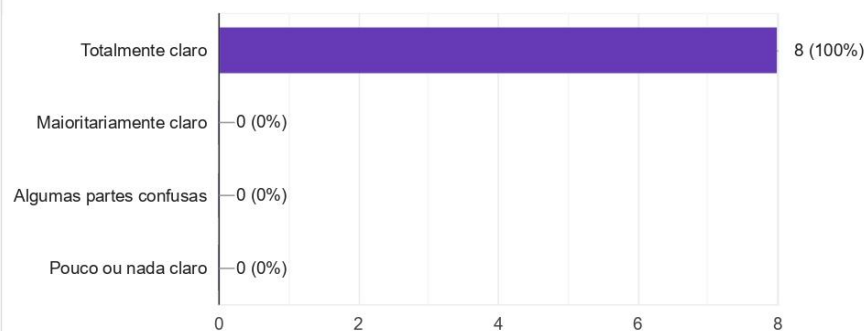
8 respostas



3- A formadora apresentou o conteúdo de forma clara e acessível?



8 respostas



4- Que aspetos considerou mais positivos nesta sessão?

6 respostas

Trazer a nova lei

O conteúdo baseado na evidência actual

O poster que foi entregue no serviço para aceder à informação e a atualiza do tema muito esclarecedor

Que tenha sido proposto o serviço ter o seu plano de nascimento para as mulheres que não têm

A relevância do tema.

Trazer este assunto para profissionais mais desatualizados

5- O que considera que poderia ser melhorado?

3 respostas

Apenas o espaço físico da apresentação, o que na tem a ver com os alunos, mas sim com o espaço físico do serviço

Poderia ter exemplos de casos práticos.

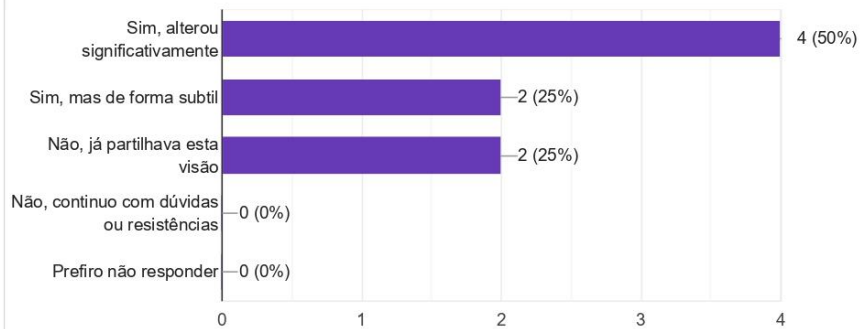
Mais tempo de apresentação



6- E agora... esta formação alterou ou reforçou a sua perspectiva sobre este tema?

 Copiar

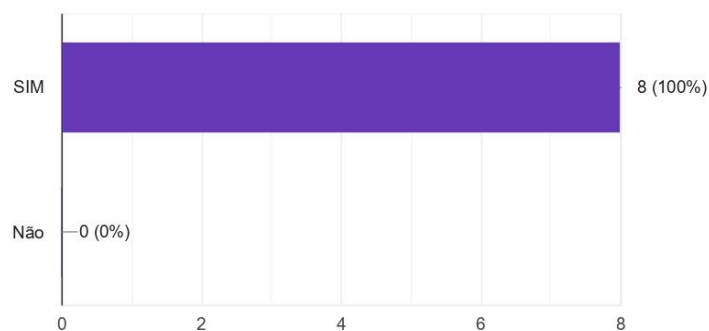
8 respostas



7- Recomendaria esta formação a outros colegas?

 Copiar

8 respostas



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários



**Apêndice AG - Tabela Plano de Projeto Exames Gravidez de Alto Risco/Exames Especiais de Ginecologia 04/12/2025 a 19/12/2025 -
Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.**

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Cronograma semanal	Recursos	Avaliação			
Promover o empoderamento da mulher sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal	Apresentar ao supervisor clínico o meu projeto e a temática.	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço para apresentar o projeto e analisar a viabilidade de poder entregar o <i>QR Code</i> a grávidas.	<table><tr><td>X</td><td></td><td></td></tr></table>	X			Supervisor clínico; Gabinete de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico.
X								

Direitos das Mulheres no ciclo Gravídico-Puerperal

Porque conhecer os seus direitos é o primeiro passo de qualquer caminho

Não posso gritar.
Se quero que tudo corra bem tenho de fazer o que pedem.
Será que sei fazer isso?
Vou ter de ficar na posição que me pedirem para ficar.
Se não colaborar, vai ser pior.
Para quê o plano de parto? Eles sabem o que fazem.
Se eu vou para este hospital tenho de aceitar o que lá se faz.
Se não colaborar vai rasgar e ficar pior.
Não preciso entender, eles sabem o que é melhor.

Pego que respeitem o meu plano de parto, e estou aberta a discutir qualquer necessidade de alteração.
Eu quero ter acompanhante.
Eu sei que tenho direito a um ambiente respeitoso e humanizado durante este momento.
Gostaria que não intervissem na minha experiência.
Quero apoio para amamentar.
Se não houver necessidade clínica, prefiro que o processo de parto siga de forma natural.
Vou acompanhar sempre o meu bebé.
Por favor, explique-me os riscos e benefícios antes de prosseguir com qualquer procedimento.
Esta é a minha parte, e gostaria que as minhas decisões fossem respeitadas.
Eu quero parir de cócoras.



Apêndice AI - Tabela Plano de Projeto Cuidados de Saúde Primários 05/01/2026 a 10/02/2026: Objetivos, Atividades, Cronograma, Recursos e Avaliação.

Objetivo geral	Objetivos específicos	Atividades	Cronograma Semanal					Recursos	Avaliação
Promover o empoderamento da mulher sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal	Promover análise crítica e melhoria contínua na implementação das atividades propostas	Realização de reuniões informais com o supervisor clínico do serviço sobre a pertinência e aplicabilidade das atividades propostas	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico com registo escrito dos tópicos discutidos e das sugestões recebidas durante a reunião.
		Realização de reuniões informais com o supervisor clínico do serviço para avaliação a desenvolvimento das atividades propostas					X	Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico com registo escrito de feedback do supervisor sobre a implementação e eficácia das atividades realizadas.
	Sensibilizar as mulheres sobre os seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal	Identificação de dúvidas frequentes das grávidas relacionadas com os seus direitos e práticas humanizadas, através de formulário informal.			X	X	X	Grávidas; Formulário.	Aplica pelo menos uma vez o formulário.
		Realização de momento de educação para a saúde à grávida, a partir do 2º trimestre no CPPP, abordando os direitos da mulher e incentivando a sua participação ativa nas decisões de saúde a realização de PN			X	X	X	Grávidas; Ginásio.	Sensibiliza pelo menos uma grávida.
		Elaboração de um <i>site</i> informativo sobre os direitos da mulher no período gravídico-puerperal, e entrega do <i>Qr Code</i> de acesso ao mesmo.		X	X	X	X	Computador Materiais	Entrega de pelo menos um <i>Qr Code</i>
	Discutir a viabilidade de apresentação da temática com a equipa de enfermagem	Realização de reunião informal com o supervisor clínico do serviço para apresentar proposta de um momento de discussão aberta com a equipa de enfermagem sobre a temática.	X					Supervisor clínico; Sala de enfermagem.	Realiza pelo menos uma reunião com supervisor clínico.

Apêndice AJ – Ata Reunião Inicial Cuidados de Saúde Primários

ATA DA REUNIÃO INICIAL – APRESENTAÇÃO DO PIF

Ensino Clínico: Cuidados de saúde primários (EC CSP), UCC [REDACTED]

Local: Gabinete de enfermagem

Data: 05/01/2026

Participantes:

- Estudante: Enf Inês Jordão (1º MESMO, 2.º ano)
- Supervisora Clínica: [REDACTED]

Ordem de trabalhos

1. Apresentação do Projeto Individual de Formação (PIF) e Plano de Projeto (PP);
2. Discussão de aplicabilidade/viabilidade no EC CSP;
3. Definição do circuito metodológico e instrumentos;
4. Discussão sobre possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem;
5. Planeamento de acompanhamento e próximos passos.

Síntese da discussão

A estudante apresentou o PIF/PP, centrado na promoção dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e na prevenção de situações de desrespeito/violência obstétrica, com enfoque na literacia em direitos e no Plano de Nascimento (PN) como instrumento de participação informada.

No âmbito da aplicabilidade no EC CSP, ficou desde logo decidido que o contexto mais adequado para a implementação do projeto seria o Curso de Preparação para o Parto e parentalidade (CPPP), em modelo de grupo, através de uma sessão dedicada aos direitos no ciclo gravídico-puerperal e ao PN.

Quanto ao circuito metodológico e instrumentos, foi acordado que, em substituição dos IRNC, seriam utilizados formulários estruturados disponibilizados por QR code, aplicando-se um formulário antes da sessão (para recolha de conhecimento prévio e expectativas) e outro após a sessão (para avaliação, utilidade percebida e intenção/expectativa de impacto). Ficou igualmente definido que, no final da sessão, seria realizada a entrega de porta-chaves com QR code de acesso ao recurso informativo digital do projeto (site), como suporte para consulta autónoma.

Relativamente à possibilidade de apresentação da temática à equipa de enfermagem, atendendo à dimensão reduzida da equipa (2 EESMO) e ao facto de a estudante desenvolver a intervenção em proximidade contínua com estas profissionais, foi considerado mais indicado privilegiar discussão informal ao longo do EC CSP e deixar material de consulta acessível. Neste sentido, ficou decidido que seriam afixados dois

posters com o QR code do recurso digital: um no gabinete de enfermagem, para consulta pelos profissionais, e outro na porta do ginásio, para consulta pelas utentes.

Deliberações

- a) O PP foi considerado pertinente e exequível no EC CSP, sendo a implementação privilegiada no CPPP, em modelo de grupo.
- b) Foi validada a utilização de formulários por QR code (pré e pós-sessão) como instrumentos de recolha de informação em CSP.
- c) Foi acordada a entrega de porta-chaves com QR code do site no final da sessão como recurso de literacia.
- d) A sensibilização/formação da equipa será realizada de forma informal no decurso do EC, complementada por disponibilização assíncrona de informação através de posters com QR code (gabinete de enfermagem e porta do ginásio).

Próximos passos

Preparação e calendarização da sessão no CPPP.

Construção/validação dos formulários pré e pós-sessão e respetivos QR codes.

Produção e afixação dos posters com QR code nos locais acordados.

Encerramento

Nada mais havendo a tratar, lavrou-se a presente ata que, após leitura, vai ser assinada.

Estudante: Inês Jordão

Data: 05/01/2026

Orientadora Clínica:

Data: 05/01/2026

Apêndice AK – Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários – Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal e Plano de Nascimento





O que são direitos?

Direitos são garantias básicas que todas as pessoas têm. Existem para proteger a nossa **dignidade**, o nosso **corpo** e a nossa **autonomia**.

Na saúde, os direitos servem para garantir que:

- A pessoa é respeitada na sua dignidade, autonomia e individualidade
- Recebe informação clara e participa de forma informada nas decisões
- Os cuidados prestados são seguros, baseados na evidência científica e adequados à sua situação
- A sua privacidade, vontade e bem-estar são protegidos ao longo de todo o processo de cuidados

Ter direitos significa **não ser um sujeito passivo**, mas sim parte ativa nos cuidados.





E no ciclo gravídico-puerperal?

Durante a gravidez, o parto e o pós-parto, a mulher **continua** ser sujeito de direitos.

O facto de estar grávida **não retira autonomia**, nem a capacidade de decidir. Pelo contrário - é um momento em que os direitos devem ser ainda mais protegidos.

A evidência científica mostra que:

- Mulheres informadas sentem-se mais seguras
 - Participação nas decisões melhora a experiência de parto
 - Cuidados respeitosos melhoram os resultados em saúde, para mãe e bebé
-

Em Portugal, estes direitos estão **protegidos por leis, normas e orientações nacionais e internacionais.**

Isso significa que não dependem da boa vontade de ninguém.

A lei garante, entre outros:

- Direito à informação clara e compreensível
- Direito à Privacidade e confidencialidade
- Direito a aceitar ou recusar procedimentos
- Direito a ser tratada com respeito e dignidade
- Direito a ter acompanhante
- Direito a cuidados seguros e baseados na evidência

Estes direitos aplicam-se a hospitais públicos e privados.
Nenhuma normativa hospitalar está a cima da lei.



**Existem leis
que protegem
estes direitos?**



Que direitos existem, na prática?

De forma simples, a Mulher tem direito a:

- Receber informação clara, verdadeira e compreensível sobre todos os cuidados propostos — o quê, porquê, quando e alternativas.
- Fazer perguntas e obter respostas, em tempo útil, que lhe permitam compreender a situação e participar nas decisões.
- Dar ou recusar consentimento informado, após conhecer benefícios, riscos e alternativas de cada intervenção — incluindo o direito a mudar de decisão.
- Ter um acompanhante da sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto — sempre que clinicamente possível e nos termos da lei.
- Elaborar um Plano de Nascimento, discuti-lo com os profissionais de saúde e vê-lo considerado e respeitado, sempre que clinicamente possível.
- Ser respeitada nas suas escolhas, valores e preferências, desde que não coloquem em causa a segurança clínica (não maleficência).
- Ter privacidade, confidencialidade e um tratamento digno, empático e respeitador, livre de pressões, humilhação ou desvalorização.
- Mover-se livremente e escolher posições durante o trabalho de parto e parto, sempre que a situação clínica o permita.
- Ter contacto pele a pele com o bebé após o nascimento, de forma precoce e contínua, sempre que mãe e bebé estejam clinicamente bem.
- Receber apoio qualificado no início da amamentação, com informação adequada e respeito pelas suas decisões.

O QUE É UM PLANO DE NASCIMENTO?



O plano de nascimento é um documento simples, feito durante a gravidez





Plano de Nascimento

É um documento, reconhecido na lei, onde a mulher ou o casal dão a conhecer:

- ✓ como gostariam que fosse o parto
- ✓ o que é importante para si
- ✓ que escolhas fazem, se tudo estiver a correr bem
- ✓ os seus limites...

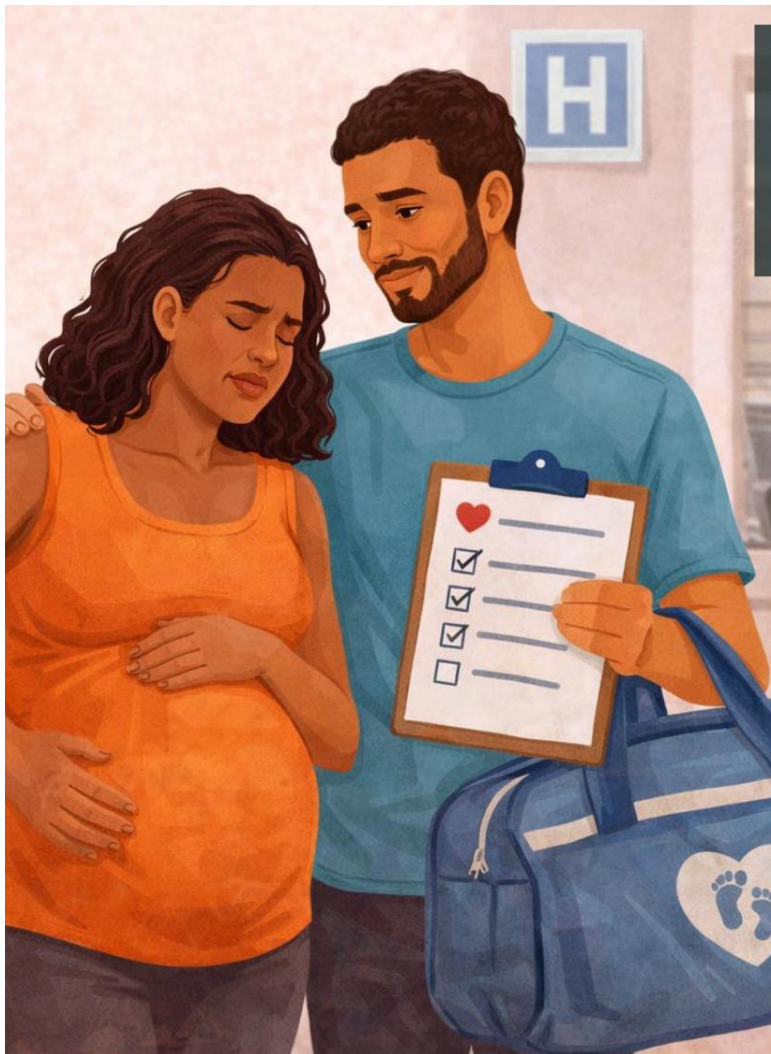
Não é um contrato.

Não é um plano rígido.

Não substituí o consentimento informado

Pode ser alterado em qualquer momento

É uma **forma de comunicar desejos e prioridades.**



Porque é importante ter um Plano de Nascimento?

Porque ajuda a:

- Organizar ideias
- Refletir sobre escolhas
- Conhecer melhor o processo de parto
- Comunicar com a equipa de saúde

A evidência mostra que o plano de nascimento:

- Aumentam a sensação de controlo
- Melhoram a satisfação com a experiência de parto
- Facilitam o respeito pelas preferências da mulher

O plano dá voz à mulher, mesmo quando o momento é intenso.

Como construir um Plano de Nascimento?

DEVE INCLUIR (preferências):

- Identificação do casal
- Trabalho de parto: Acompanhante; Ambiente; Alívio da dor; liberdade de movimentos; Acelerar o tp/RABA...
- Expulsivo e dequitação: Ambiente e intervenientes; Local da expulsão; Posições e movimentos; Comunicação; Episiotomia; Corte do cordão; Dequitação e placenta...
- Cuidados ao recém nascido: Golden hour; 1º Cuidados; Tipo de alimentação; banho; administração de medicação/vacinação; sacarose; acompanhante...
- Pós parto e internamento: Acompanhamento e apoio...
- Plano B: Se indução for necessária...; Se epidural for necessária...; Se cesariana for necessária...

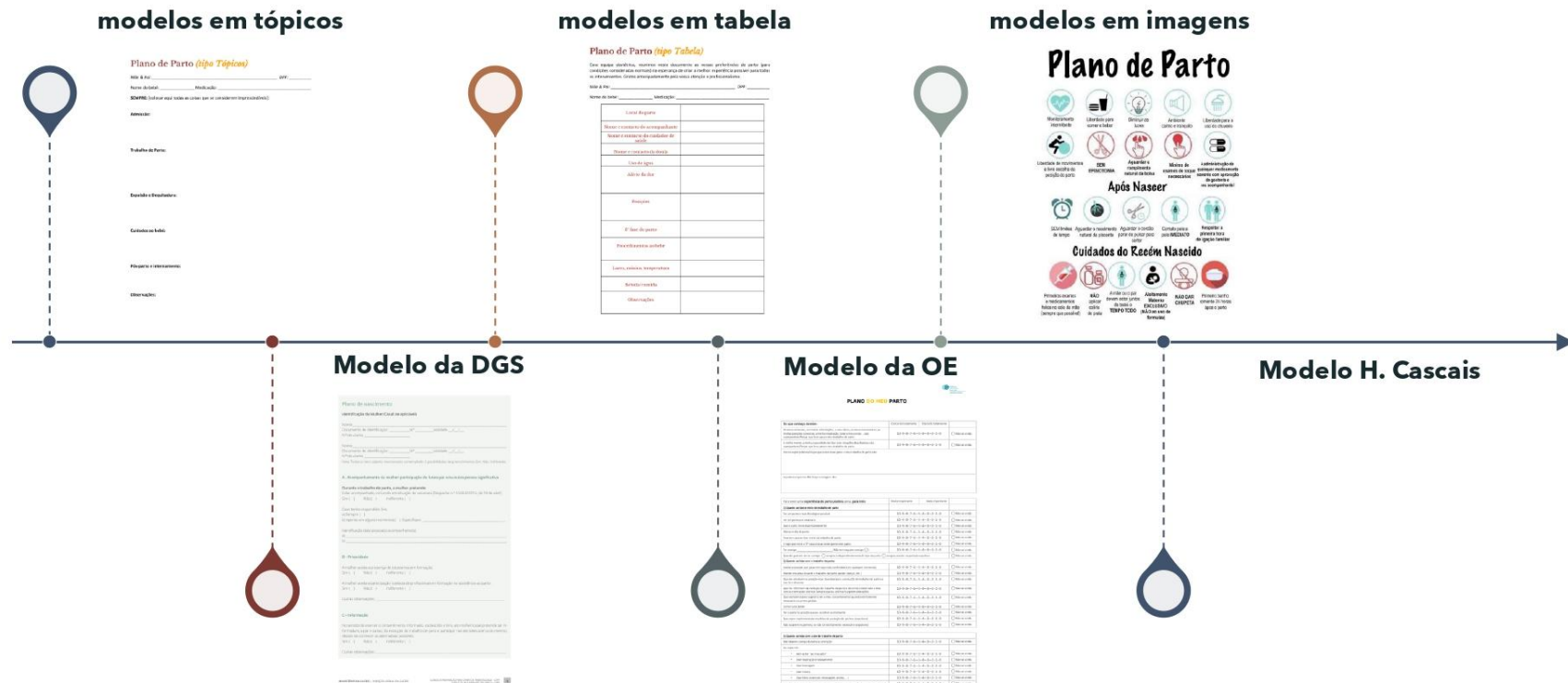


UM BOM PLANO DE NASCIMENTO:

- É simples
- Reflete os valores da mulher/casal
- Baseia-se em informação fiável com evidência científica.
- Pode mudar ao longo da gravidez
- É construído e discutido com profissionais de saúde

Não existe um plano certo ou errado. Existe o plano que faz sentido **para cada família.**

Existem modelos de Plano de Nascimento?



O objetivo dos modelos é **ajudar a pensar**, não preencher por obrigação. O mais importante não é o papel, mas o processo de reflexão e conversa.

O Plano de Nascimento tem de ser cumprido?

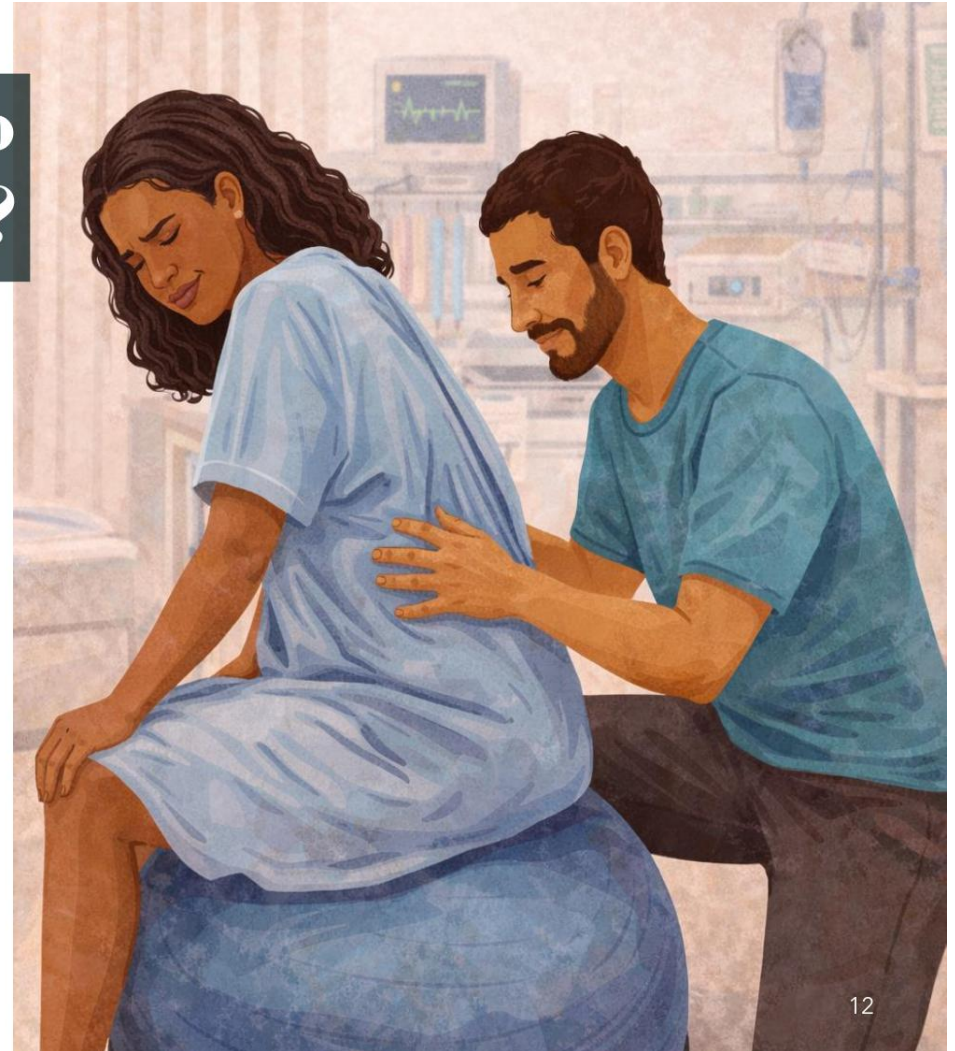
Tem de ser **respeitado sempre que clinicamente possível**.

Mas o parto é imprevisível, e se surgir uma situação inesperada, o plano pode ser ajustado.

O mais importante é que:

- A mulher/casal sejam informados
- As decisões sejam partilhadas
- O consentimento seja sempre pedido

Flexibilidade deve fazer parte do plano.





EM SUMA

- ❖ Informação é poder!
 - ❖ Conhecer os seus direitos ajuda a viver o parto com mais confiança.
 - ❖ O parto não é algo que “acontece à mulher” - É algo que a mulher **vive**, participa e decide.
 - ❖ Um parto respeitado começa com informação clara e escolhas conscientes.
-



Formulário Final

Obrigada pela
vossa
participação



Apêndice AL – Formulário Inicial Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários

Formulário Inicial – Sessão Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal

O meu nome é Inês Jordão, sou enfermeira e encontro-me a desenvolver um projeto de investigação no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa, cujo tema é "**Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Prevenção da Violência Obstétrica**".

Este breve questionário tem como objetivo compreender, de forma geral, o que as grávidas já conhecem sobre os seus direitos durante a gravidez, o parto e o pós-parto, bem como identificar dúvidas e temas que gostariam de ver esclarecidos na sessão de hoje. As suas respostas permitir-me-ão adaptar a sessão às necessidades do grupo e contribuir para a melhoria das práticas de educação para a saúde nesta área.

A participação é **voluntária** e o questionário é **anónimo**, não sendo recolhidos dados que permitam a identificação das participantes. As respostas serão utilizadas única e exclusivamente para fins académicos deste mestrado.

O preenchimento demora cerca de **2 a 3 minutos**. A sua colaboração é muito importante.

Obrigada por participar.

* Indica uma pergunta obrigatória

Caracterização geral

Objetivo: contextualizar o grupo, sem identificação individual

1.1 Qual a sua idade *

A sua resposta

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

1.2 Qual a sua nacionalidade *

A sua resposta

1.3 Qual a sua escolaridade *

- ☐ ensino basico
- ☐ ensino secundario
- ☐ ensino superior

1.4 Esta é a sua: *

- ☐ Primeira gravidez
- ☐ Segunda gravidez
- ☐ Terceira ou mais

Contacto prévio com o tema direitos no ciclo gravídico-puerperal

Objetivo: perceber se os direitos já foram abordados no percurso assistencial

2.1 Algum profissional de saúde já falou consigo sobre os seus direitos no parto ou pós-parto? *

Selecionar ▼

Secção sem título

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1.1 Se respondeu “Sim”, em que contexto(s)? (pode assinalar mais do que uma opção) *

- ☐ Consulta de vigilância da gravidez (centro de saúde)
- ☐ Hospital / bloco de partos
- ☐ Curso de preparação para o nascimento
- ☐ Internamento durante a gravidez
- ☐ Internet / redes sociais
- ☐ Família / amigos
- ☐ Outra:

Conhecimento prévio sobre direitos

Objetivo: avaliar conhecimento prévio sobre direitos

3.1 como avalia o seu conhecimento sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal? *

- ☐ Muito reduzido
- ☐ Reduzido
- ☐ Moderado
- ☐ Bom
- ☐ Muito bom

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.2 Quais destes direitos reconhece neste momento? *

(assinale os que conhece)

- ☐ Direito a receber informação clara, verdadeira e compreensível
- ☐ Direito a fazer perguntas e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante da sua escolha
- ☐ Direito à privacidade e a um tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito a mover-se livremente e escolher posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele após o nascimento
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não reconheço nenhum direito específico

Plano de Nascimento

Objetivo: avaliar conhecimento e intenção prévia

4.1 Sabe o que é um Plano de Nascimento? *

Selecionar



Secção sem título

4.1.1 Se sim, tinha pensado em elaborar um Plano de Nascimento? *

☐ Sim

☐ Não

☐ Indeciso

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Dúvidas e expectativas

Objetivo: recolher necessidades reais para orientar a sessão

5. Que dúvidas ou temas gostaria que fossem esclarecidos nesta sessão?

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice AM – Formulário Final Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários

Formulário Final – Sessão Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal

Obrigada por participar nesta sessão.

Este breve questionário pretende recolher a sua opinião sobre a sessão realizada hoje e perceber a sua percepção de como esta informação a poderá impactar futuramente.

A participação é **voluntária** e o questionário é **anónimo**, não sendo recolhidos dados que permitam a identificação das participantes. As respostas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos referentes a este mestrado.

O preenchimento demora cerca de **2 a 3 minutos**. **Obrigada pela sua colaboração.**

Avaliação da sessão

A sessão foi clara e fácil de compreender.

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

A informação partilhada foi útil e adequada às minhas necessidades.

1 2 3 4 5
Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Senti-me à vontade para colocar dúvidas e questões durante a sessão.

1 2 3 4 5

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Considera que a informação partilhada nesta sessão poderá fazer diferença na sua vivência do parto?

- ☐ Sim, de forma significativa
- ☐ Sim, poderá fazer alguma diferença
- ☐ Não considera que faça diferença
- ☐ Não sabe / não consegue avaliar

Considera que esta informação poderá fazer diferença na forma como vivencia o pós-parto?

- ☐ Sim, de forma significativa
- ☐ Sim, poderá fazer alguma diferença
- ☐ Não considera que faça diferença
- ☐ Não sabe / não consegue avaliar

Na sua opinião, conhecer os seus direitos pode contribuir para prevenir situações de desrespeito ou violação de direitos?

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Discordo totalmente | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Concordo totalmente |

Após esta sessão, tenciona elaborar um Plano de Nascimento?

- ☐ sim
- ☐ Não
- ☐ talvez

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Na sua opinião, um Plano de Nascimento pode contribuir para prevenir situações de desrespeito ou violação de direitos?

Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Obter link

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice AN – Respostas Formulário Inicial Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários

Formulário Inicial – Sessão Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal

15 respostas

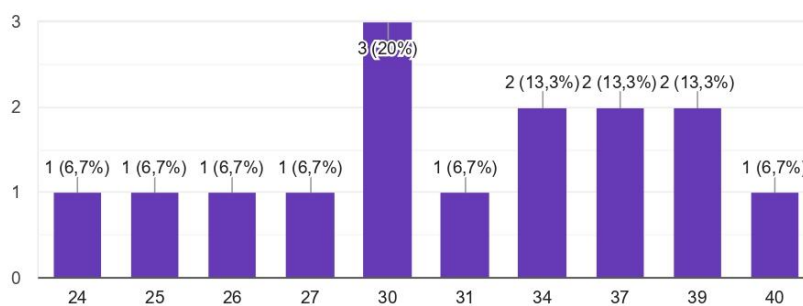
[Publicar estatísticas](#)

Caracterização geral

1.1 Qual a sua idade

 Copiar

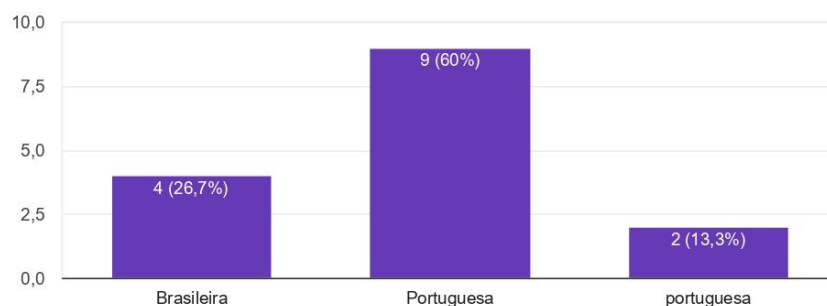
15 respostas



1.2 Qual a sua nacionalidade

 Copiar

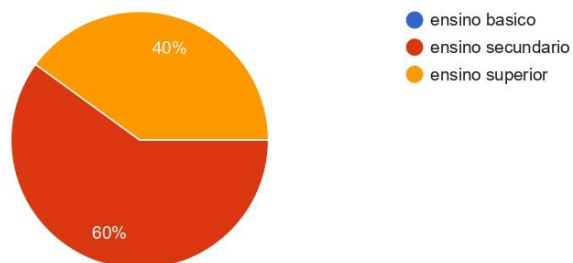
15 respostas



1.3 Qual a sua escolaridade

 Copiar

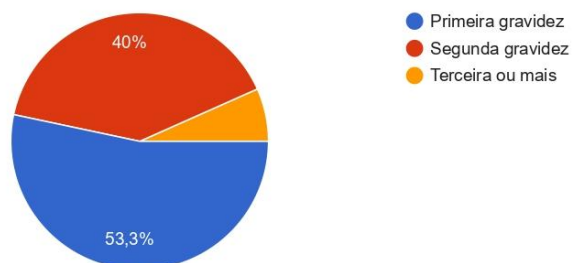
15 respostas



1.4 Esta é a sua:

 Copiar

15 respostas

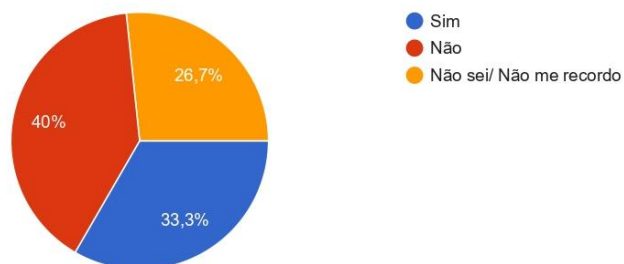


Contacto prévio com o tema direitos no ciclo gravídico-puerperal

2.1 Algum profissional de saúde já falou consigo sobre os seus direitos no parto ou pós-parto?

 Copiar

15 respostas



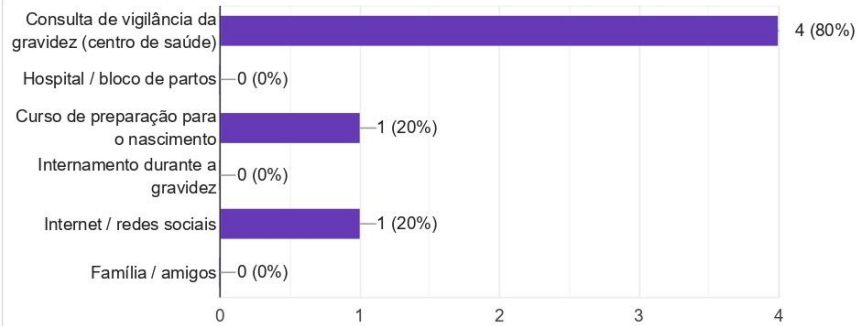
Secção sem título



2.1.1 Se respondeu "Sim", em que contexto(s)? (pode assinalar mais do que uma opção)



5 respostas

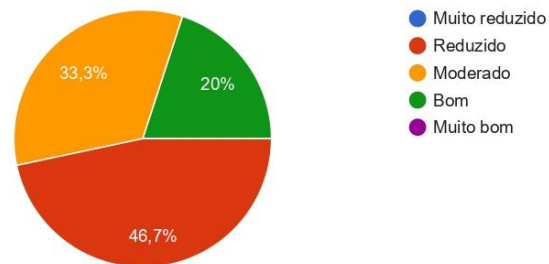


Conhecimento prévio sobre direitos

3.1 como avalia o seu conhecimento sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal?



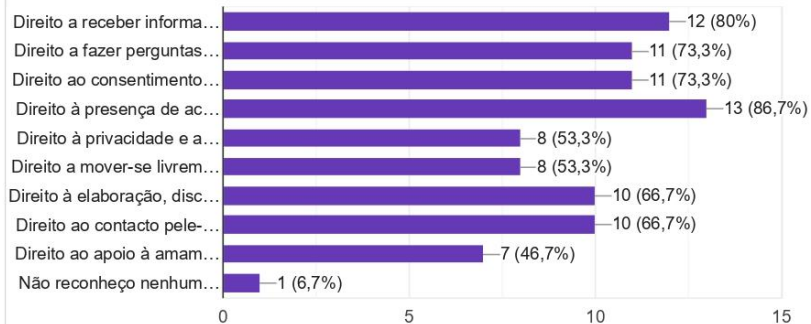
15 respostas



3.2 Quais destes direitos reconhece neste momento? (assinale os que conhece)

[Copiar](#)

15 respostas

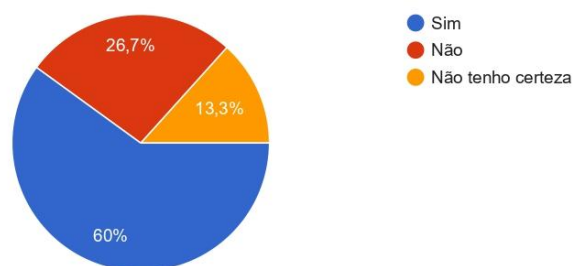


Plano de Nascimento

4.1 Sabe o que é um Plano de Nascimento?

[Copiar](#)

15 respostas

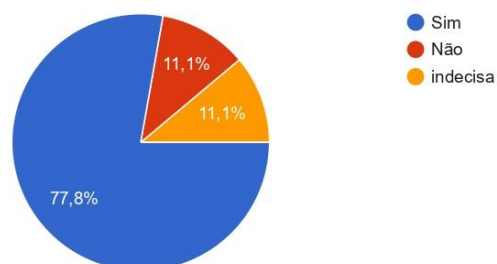


Secção sem título

4.1.1 Se sim, tinha pensado em elaborar um Plano de Nascimento?

[Copiar](#)

9 respostas



Dúvidas e expectativas

5. Que dúvidas ou temas gostaria que fossem esclarecidos nesta sessão?

10 respostas

Amamentação e direitos durante o parto

Tudo sobre a gravidez

Amamentação

Saber como ajudar mais com o parto

Sobre amamentação, apoio psicológico pós-parto e direitos da segurança social e apoios

Como elaborar um plano de parto conciso

Indicar os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal

Quais os direitos da grávida durante o parto e no pós parto

Os direitos de ter o acompanhante na hora do parto dentro da sala

O que se pode e nao pode fazer durante o o parto.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários



Apêndice AO – Respostas Formulário Final Sessão Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Cuidados de Saúde Primários

Formulário Final – Sessão Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal

15 respostas

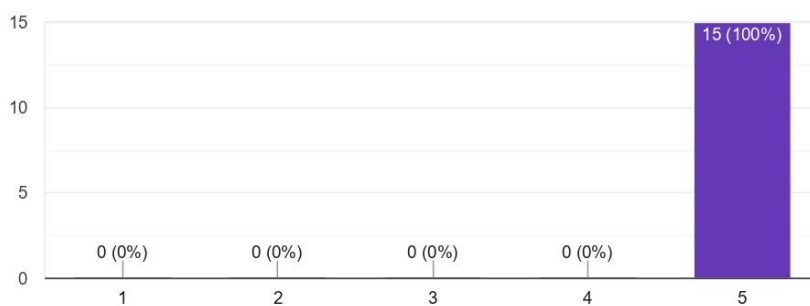
[Publicar estatísticas](#)

Avaliação da sessão

A sessão foi clara e fácil de compreender.

 Copiar

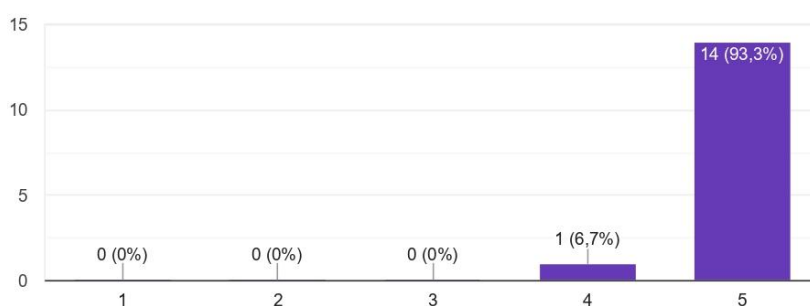
15 respostas



A informação partilhada foi útil e adequada às minhas necessidades.

 Copiar

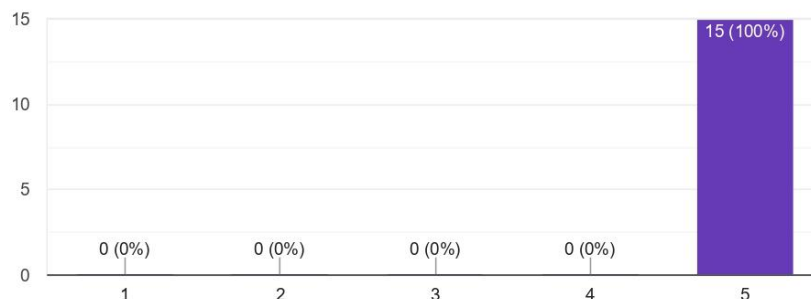
15 respostas



Senti-me à vontade para colocar dúvidas e questões durante a sessão.



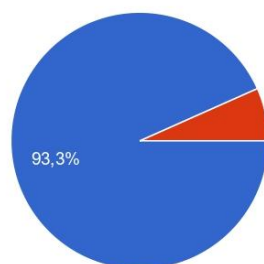
15 respostas



Considera que a informação partilhada nesta sessão poderá fazer diferença na sua vivência do parto?



15 respostas

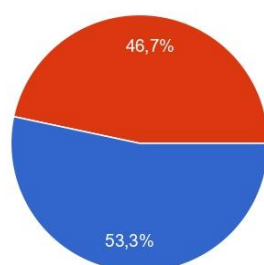


- Sim, de forma significativa
- Sim, poderá fazer alguma diferença
- Não considera que faça diferença
- Não sabe / não consegue avaliar

Considera que esta informação poderá fazer diferença na forma como vivencia o pós-parto?



15 respostas



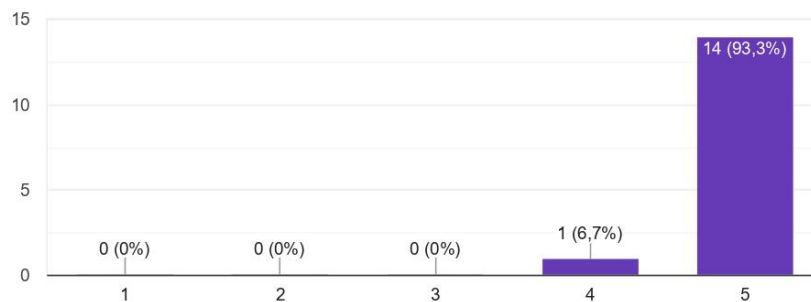
- Sim, de forma significativa
- Sim, poderá fazer alguma diferença
- Não considera que faça diferença
- Não sabe / não consegue avaliar



Na sua opinião, conhecer os seus direitos pode contribuir para prevenir situações de desrespeito ou violação de direitos?

 Copiar

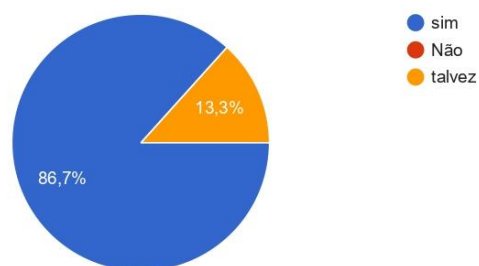
15 respostas



Após esta sessão, tenciona elaborar um Plano de Nascimento?

 Copiar

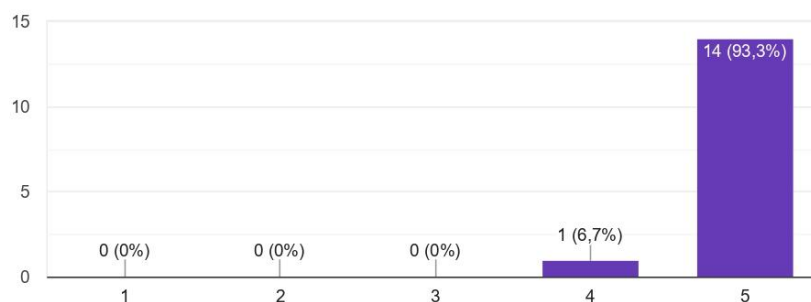
15 respostas



Na sua opinião, um Plano de Nascimento pode contribuir para prevenir situações de desrespeito ou violação de direitos?

 Copiar

15 respostas



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Direitos das Mulheres no ciclo Gravídico-Puerperal

**Porque conhecer os
seus direitos é o
primeiro passo
de qualquer
caminho**



CONHEÇA OS SEUS DIREITOS DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO (PORTUGAL)



Conhecer os seus direitos nesta fase da vida é essencial para garantir uma experiência de maternidade segura, respeitada e informada. Saber o que está consagrado na lei e nas orientações oficiais permite-lhe participar ativamente nas decisões sobre o seu corpo e o seu parto, proteger-se contra práticas abusivas ou desnecessárias, e exercer a sua autonomia com confiança.

A informação é a base da liberdade e do respeito.

Em Portugal, os seus direitos enquanto grávida, parturiente e puérpera são protegidos por legislação nacional e por normas e orientações técnico-científicas emitidas por entidades como a Direção-Geral da Saúde, Entidade Reguladora da Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

Estes direitos visam garantir que a sua experiência seja segura, informada, respeitada e livre de violência obstétrica.

DOCUMENTOS NORMATIVOS E REGULAMENTARES

DOCUMENTOS LEGAIS:

Lei n.º 15/2014, de 21 de março — Lei que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente nos serviços de saúde

Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro — Altera e reforça a Lei n.º 15/2014, nomeadamente em relação aos direitos das mulheres durante o parto.

Lei n.º 33/2025, de 31 de março — Reconhece e define legalmente a violência obstétrica; reforça o plano de nascimento e obrigações institucionais.

Código Civil, Artigo 1878.º — Define o exercício das responsabilidades parentais, incluindo decisões sobre saúde.

Código do Trabalho (Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro)

Decreto-Lei n.º 91/2009, de 9 de abril

DOCUMENTOS DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (DGS):

Norma n.º 015/2013, de 03/10/2013, atualizada a 04/11/2015 — Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.

Orientação n.º 002/2023, atualizada em 26/03/2024, Cuidados de saúde durante o trabalho de parto.

Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP)

Norma n.º 001/2023 Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS):

Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto institucional (2014)

Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022)

Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (2016)

OMS/UNICEF – Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018.

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE (ERS)

Direito ao acompanhamento - Nomeadamente sobre o direito ao acompanhante e limites ao acompanhamento hospitalar.

1. DIREITO À INFORMAÇÃO CLARA E AO CONSENTIMENTO INFORMADO

Tem direito à informação adequada, clara e acessível sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos e prestados, incluindo as opções disponíveis, bem como os seus riscos e benefícios.

- Lei n.º 15/2014, artigo 7.º

Tem direito a receber informação clara, a aceitar ou recusar qualquer procedimento, e a ter as suas escolhas respeitadas.

- Lei n.º 110/2019, artigo 15.º-A, n.º 1, alínea a)

Se não compreender ou tiver dificuldades manifestas em entender a língua portuguesa, deve ser assegurada, se possível, tradução linguística no âmbito da assistência na gravidez.

- Lei n.º 15/2014, artigo 15.º-C, n.º 3.

Tem o direito de aceitar ou recusar qualquer cuidado de saúde de forma livre e totalmente esclarecida, salvo se existir uma lei específica que diga o contrário.

- Lei n.º 15/2014, artigo 3.º, n.º 1.

Pode revogar o seu consentimento a qualquer momento durante a prestação de cuidados, mesmo depois de este ter sido dado, bastando para isso manifestar a sua vontade.

- Lei n.º 15/2014, artigo 3.º, n.º 2.

O consentimento informado deve ser entendido como um processo contínuo e não como um ato único, com tempo e condições adequadas para a tomada de decisão.

- DGS Norma n.º 015/2013; - OMS - Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018).

A informação deve ser oral e escrita, objetiva, completa e inteligível, incluindo riscos frequentes, riscos graves e alternativas viáveis ao procedimento.

- Norma DGS n.º 015/2013.

Deve ser fornecida informação escrita durante a gravidez, complementada nas interações com os profissionais ao longo do acompanhamento.

- Norma DGS n.º 001/2023.

Todas as mulheres devem ter acesso a materiais informativos claros sobre gravidez, parto e direitos legais, integrados nos cursos de preparação para o parto.

- DGS – Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade.

A mulher deve ser protagonista das decisões sobre o seu corpo e cuidados, com base em informação clara, num ambiente respeitador e livre de coação.

- OMS – o Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018) ; - OMS – Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (2016)

A realização de procedimentos médicos sem consentimento informado é descrita como uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres.

- OMS – Prevenção e eliminação de abusos (2014).

Deve haver registo detalhado do consentimento no processo clínico, com contacto de profissionais disponíveis para esclarecimentos.

- Norma DGS n.º 015/2013.



2. DIREITO AO ACOMPANHANTE DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO

Tem direito a estar acompanhada por qualquer pessoa por si escolhida, durante todas as fases do trabalho de parto, incluindo partos vaginais, instrumentados (com ventosa ou fórceps) e cesarianas. Este direito pode ser exercido a qualquer hora do dia ou da noite, independentemente do momento em que o parto ocorra.

– Lei n.º 15/2014, artigo 16.º; ERS - Direito ao acompanhamento.

A mulher grávida tem direito, durante o trabalho de parto e parto, a indicar até três pessoas como acompanhantes, que poderão estar com ela em sistema de alternância, ou seja, apenas uma de cada vez.

– Lei n.º 110/2019, artigo 12.º, n.º 1, alínea b).

O acompanhante deve ser informado sobre o decorrer do parto e sobre os procedimentos clínicos previstos, promovendo-se a cooperação entre a mulher, o acompanhante e a equipa de saúde.

- Lei n.º 15/2014, artigo 18.º; ERS - Direito ao acompanhamento.

É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento. É ainda reconhecido à mulher grávida, ao pai, à outra mãe ou à pessoa de referência o direito a participar na assistência na gravidez.

- Lei n.º 15/2014, artigo 12.º, n.º 3 e 4.

Durante o internamento no puerpério, a puérpera tem direito a ser acompanhada por uma pessoa da sua escolha, nos termos do direito ao acompanhamento hospitalar reconhecido a todos os utentes do SNS.

- Lei n.º 15/2014, artigo 12.º, n.º 1, alínea a); ERS - Direito ao acompanhamento.

O acompanhante tem também o direito de permanecer junto do bebé após o nascimento, salvo se existirem razões clínicas devidamente fundamentadas que o impeçam.

- Lei n.º 110/2019, artigo 17.º, n.º 6.

Limitações ao direito de acompanhamento:

1. Pode ser restringido se existirem razões clínicas devidamente justificadas pelo médico responsável, como por exemplo risco para a segurança da mulher ou da criança.

- Lei n.º 15/2014, artigo 17.º, n.º 1

2. Pode ainda ser limitado quando as instalações do serviço de saúde não garantirem a privacidade de outras utentes, devendo, nesse caso, os hospitais adaptar as condições para assegurar este direito no futuro.

- Lei n.º 15/2014, artigo 17.º, n.º 2, e artigo 32.º; ERS - Direito ao acompanhamento.

3. O acompanhante deve respeitar as normas do serviço e as instruções dos profissionais de saúde. A sua permanência pode ser suspensa caso perturbe o normal funcionamento da unidade ou a qualidade dos cuidados prestados.

- Lei n.º 15/2014, artigos 14.º e 22.º.

Durante o internamento, a mulher grávida e a puérpera têm direito a limitar ou a prescindir de visitas.

- Lei n.º 15/2014, artigo 17.º, n.º 7.



3. DIREITO A ELABORAR E VER RESPEITADO O PLANO DE NASCIMENTO

Tem direito a elaborar um Plano de Nascimento personalizado, onde pode expressar as suas vontades, preferências e expectativas relativamente ao trabalho de parto, parto e pós-parto.



A equipa de saúde tem o dever de informar e apoiar a elaboração deste plano, prestando esclarecimentos durante as consultas de vigilância da gravidez e/ou nos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade.

- Lei n.º 15/2014, artigo 15.º -E, n.º 2, aditado pela Lei n.º 110/2019; DGS – CPPP, p. 12–13.

O plano pode incluir, por exemplo:

1. Preferência pela presença de acompanhante;
2. Métodos de alívio da dor (farmacológicos e não farmacológicos);
3. Posições para o trabalho de parto e nascimento;
4. Estratégias de apoio emocional;
5. Opção por clampagem tardia do cordão umbilical;
6. Desejo de contacto pele-a-pele imediato com o bebé;
7. Desejo de iniciar a amamentação na primeira hora de vida
8. Desejos relativamente à amamentação e à administração de vitamina K...

- DGS – CPPP, Anexo I – Modelo de Plano de Nascimento

As instituições de saúde devem divulgar previamente quais os recursos, práticas e limitações da sua unidade, para que a grávida/casal possa adequar as suas escolhas à realidade do local de nascimento.

- DGS – CPPP, p. 13.

Qualquer alteração ou não cumprimento do plano de nascimento, por parte dos profissionais de saúde, deve ser clinicamente justificada e obrigatoriamente registada no processo clínico da mulher.

- Lei n.º 33/2025, artigo 5.º

Pode alterar as suas preferências, previamente manifestadas no plano de nascimento, em qualquer momento, inclusive durante o trabalho de parto, devendo a equipa de saúde respeitar as decisões atualizadas.

- Lei n.º 15/2014, artigo 15.º-E, n.º 6, aditado pela Lei n.º 33/2025.

O plano de nascimento não substitui o consentimento informado para cada intervenção médica específica, que deve ser dado de forma livre, esclarecida e a cada momento.

- Lei n.º 15/2014, artigo 15.º -E, n.º 5.

O plano de nascimento será respeitado sempre que clinicamente possível e desde que os recursos da unidade de saúde o permitam, devendo quaisquer limitações ser devidamente explicadas pela equipa de saúde.

4. DIREITO A CUIDADOS RESPEITOSOS, INDIVIDUALIZADOS E BASEADOS NA EVIDÊNCIA

Tem direito a cuidados dignos, respeitosos e seguros, livres de qualquer forma de violência ou discriminação, protegida contra intervenções ou procedimentos desnecessários e práticas que desrespeitem a sua dignidade ou integridade física.

– Lei n.º 110/2019, artigo 15.º -A, n.º 1; DGS – CPPP, p. 14; OMS – Prevenção e eliminação de abusos, 2014.

Os cuidados devem ser centrados nas suas necessidades, preferências, cultura e condições de saúde, sendo adaptados à sua situação específica.

– DGS – CPPP, p. 13/14; OMS – Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022), p. 7.

Os princípios de respeito, dignidade, não discriminação e proteção contra a violência obstétrica assumem particular relevância em situações de especial vulnerabilidade, nomeadamente em caso de nado morto ou interrupção da gravidez, idade reprodutiva extrema, deficiência da mãe, do nascituro ou da criança, violência doméstica, abuso sexual, tráfico de seres humanos, pobreza extrema, baixa literacia, migração ou refúgio.

– Lei n.º 15/2014, artigo 15.º-A, n.º 3.

Tem direito a participar ativamente nas decisões clínicas, sendo tratada como protagonista do seu processo de parto, com informação clara e adequada à sua literacia em saúde.

– Lei n.º 110/2019, artigo 15.º -A, n.º 1, alínea i); DGS – CPPP, p. 14–15

Todos os procedimentos devem ser clinicamente justificados e baseados na melhor evidência científica. A utilização de práticas de rotina sem benefício comprovado, como a episiotomia sistemática, a amniotomia artificial por rotina ou o uso rotineiro de ocitocina, é desaconselhada.

– DGS, Orientação n.º 002/2023 p. 5 e 7; OMS – Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018), p. 7–8.

Deve ser respeitada a fisiologia do parto, promovendo-se a sua progressão natural sempre que não existam complicações.

- DGS – Orientação n.º 002/2023

Durante o trabalho de parto, tem direito a manter-se em movimento, podendo caminhar, mudar de posição, sentar-se ou utilizar uma bola de parto, desde que clinicamente seguro.

- DGS – Orientação n.º 002/2023; DGS – CPPP, Anexo I – Modelo de Plano de Nascimento

Durante o trabalho de parto, a ingestão oral não deve ser proibida por rotina sem justificação clínica. Em situações de baixo risco, a orientação da DGS admite a oferta de líquidos claros no primeiro estadió do trabalho de parto, quando a evolução clínica e a monitorização fetal são normais; a OMS recomenda, para mulheres de baixo risco, a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto

- DGS – Orientação n.º 002/2023; OMS – Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

Durante o trabalho de parto, os serviços de saúde devem assegurar métodos não farmacológicos de alívio da dor, de acordo com as preferências da mulher grávida e a sua situação clínica. Devem ainda assegurar métodos farmacológicos de alívio da dor, como a analgesia epidural, de acordo com as condições clínicas da parturiente e mediante pedido expresso, conhecedora das vantagens e desvantagens do respetivo uso.

- Lei n.º 15/2014, artigo 15.º-F, n.º 4; OMS – Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018)

A posição escolhida por si durante o trabalho de parto e no nascimento deve ser respeitada e apoiada, salvo contra-indicação clínica ou limitação justificada de segurança

- DGS, Orientação n.º 002/2023

Mesmo em contextos de complicação ou necessidade de intervenção, o cuidado deve permanecer respeitoso, com comunicação clara e suporte emocional adequado.

- DGS – CPPP

Tem direito a ser assistida por profissionais qualificados, cuja formação inicial e contínua deve incluir conteúdos sobre direitos humanos, autonomia sexual e reprodutiva, práticas humanizadas e prevenção da violência obstétrica.



5. DIREITO A NÃO SER SUJEITA A PRÁTICAS DESNECESSÁRIAS, ABUSIVAS OU NÃO CONSENTIDAS

Os hospitais que pratiquem episiotomias de forma rotineira ou realizem outras intervenções reiteradas sem justificação clínica, em desrespeito pelas recomendações da OMS e da DGS, podem ser alvo de penalizações no financiamento e de sanções pecuniárias. Além disso, os profissionais envolvidos podem ser sujeitos a inquérito disciplinar.

- Lei n.º 33/2025, artigo 8.º

A episiotomia deve ser seletiva e excecional, apenas recomendada quando houver risco iminente de laceração grave ou indícios de sofrimento fetal.

- DGS – Orientação n.º 002/2023

Devem ser evitadas práticas clínicas sem benefício comprovado, sem indicação clínica ou contrárias à evidência científica, como:

A administração rotineira de ocitocina em partos espontâneos com evolução normal;

A amniotomia (rotura artificial da bolsa) sem indicação clínica;

A Manobra de Kristeller (compressão abdominal), considerada uma prática não recomendada.

- DGS, Orientação n.º 002/2023; OMS – Intrapartum care for a positive childbirth experience (2018);

A realização de atos clínicos sem justificação adequada, ou em desconformidade com as normas da DGS, as recomendações da OMS ou os Princípios dos direitos humanos, pode ser considerada uma prática abusiva e, em determinadas circunstâncias, configurar Violência Obstétrica.

- Lei n.º 33/2025, artigos 2.º, 4.º, 7.º e 8.º

6. DIREITO AO CONTACTO PELE A PELE E INÍCIO PRECOCE DA AMAMENTAÇÃO

Após o nascimento, deve ser promovido o contacto pele a pele precoce e ininterrupto entre mãe e bebé, sempre que clinicamente possível, bem como o início da amamentação na primeira hora de vida, pelos seus benefícios para a vinculação, adaptação neonatal e estabelecimento do aleitamento materno.

- Orientação n.º 002/2023, ponto 13; DGS – CPPP, Anexo I; OMS – Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022); OMS/UNICEF – Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative (2018).

A amamentação deve ser incentivada desde o início, com apoio especializado e sem imposição. A mulher deve receber ajuda para reconhecer os sinais de prontidão do bebé e iniciar a mamada espontaneamente.

- Lei n.º 110/2019, artigo 15.º -H, n.º 1; DGS, Orientação n.º 002/2023, ponto 13; DGS – CPPP, Anexo I; OMS – Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022);

Deve receber informação e apoio especializado sobre a decisão de amamentar, incluindo estratégias para promoção, apoio, manutenção e extração de leite materno em caso de separação temporária do bebê.

- DGS – CPPP;



7. DIREITOS NO ALOJAMENTO CONJUNTO E PERMANÊNCIA COM O BEBÊ

É recomendado que mãe e bebê permaneçam em alojamento conjunto durante o internamento, sempre que clinicamente possível. Esta prática favorece o vínculo mãe-bebê, promove a amamentação e permite uma transição segura para a vida extrauterina.

– OMS – Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022); DGS – CPPP;



A criança internada tem direito ao acompanhamento permanente dos progenitores ou de pessoa que os substitua.

- Lei n.º 15/2014, artigo 19.º, n.º 1; ERS – Direito ao acompanhamento

Este direito apenas pode ser limitado quando a criança for portadora de doença transmissível e o contacto com terceiros constitua risco para a saúde pública, mediante decisão clínica fundamentada.

- Lei n.º 15/2014, artigo 19.º, n.º 4.

Tem direito a estar presente nos cuidados prestados ao seu bebé e a ser informada sobre os procedimentos realizados.

- DGS – CPPP.

Os serviços de saúde devem garantir ao pai, à outra mãe, a outros responsáveis parentais ou a pessoas de referência a oportunidade de assistir à observação do recém-nascido, sempre que não existam contraindicações, nomeadamente de carácter clínico.

- Lei n.º 15/2014, artigo 17.º, n.º 5

A responsabilidade pelas decisões relativas à saúde da criança pertence aos pais, no exercício das suas responsabilidades parentais. Cabe-lhes velar pela segurança, bem-estar e saúde do filho. Podem, sempre que considerarem ser do superior interesse da criança, recusar procedimentos clínicos não obrigatórios ou solicitar a alta hospitalar, desde que o estado clínico o permita.

- Código Civil, artigo 1878.º – Responsabilidades parentais; Lei n.º 15/2014, artigo 11.º; DGS - Norma n.º 015/2013.

8. DIREITO À PRIVACIDADE, CONFORTO E AMBIENTE DIGNO

Tem direito a ser cuidada num ambiente que respeite a sua intimidade, segurança, dignidade e conforto físico. Os serviços de saúde devem garantir condições materiais e organizacionais que protejam a privacidade da utente durante a gravidez, o parto e o puerpério.

- OMS – Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos (2014); Lei n.º 110/2019, Artigo 15.º A, n.º 1, alíneas b) e c); DGS – CPPP.

Tem direito à confidencialidade, ao sigilo sobre os seus dados pessoais e clínicos e à proteção da sua vida privada. Tem também direito a aceder aos seus dados de saúde e a pedir a retificação de informações inexatas ou omissas.

- Lei n.º 15/2014, artigos 5.º e 6.º.

A mulher é a proprietária da informação clínica constante do Boletim de Saúde da Grávida, ou do equivalente informático que lhe seja disponibilizado, controlando o acesso ao seu conteúdo.

- Norma DGS n.º 001/2023, pontos 6 e 7.

É recomendado que os cuidados de saúde prestados durante o parto promovam um ambiente digno e respeitoso, que tenha em conta o bem-estar físico e emocional da mulher.

- OMS – Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos (2014); DGS – CPPP.

É reconhecido o direito a um parto livre de discriminação, estigmatização ou violência, com base nos princípios fundamentais dos direitos humanos.

- OMS – Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos (2014).

É recomendado que a instituição respeite as suas convicções pessoais, incluindo valores culturais, religiosos e crenças individuais, no planeamento e prestação dos cuidados.

- OMS – Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos (2014); DGS – CPPP.

Tem direito à assistência espiritual e religiosa, se a solicitar, independentemente da religião que professe.

- Lei n.º 15/2014, artigo 8.º



9. DIREITO À PROTEÇÃO LEGAL CONTRA A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica está agora definida legalmente em Portugal como: “A ação física e verbal exercida pelos profissionais de saúde sobre o corpo e os procedimentos na área reprodutiva das mulheres ou de outras pessoas gestantes, que se expressa num tratamento desumanizado, num abuso da medicalização ou na patologização dos processos naturais, desrespeitando o regime de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério.”

- Lei n.º 33/2025, artigo 2.º

Os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento ao parto e nascimento têm obrigatoriamente de afixar informação clara sobre os direitos das mulheres e os canais de denúncia disponíveis em casos de violência obstétrica.

- Lei n.º 15/2014, artigo 18.º -A, aditado pela Lei n.º 33/2025, artigo 6.º

Para avaliação e monitorização da satisfação das mulheres relativamente aos cuidados de saúde na gravidez e no parto, a Direção-Geral da Saúde deve disponibilizar um questionário de satisfação, a preencher por via eletrónica, com divulgação anual dos respetivos resultados acompanhados de recomendações

- Lei n.º 15/2014, artigo 9.º -A.

É recomendado que todas as mulheres sejam encorajadas a denunciar situações de desrespeito, abuso, tratamento desumanizado ou negligência durante o parto. A denúncia por parte das mulheres é fundamental para responsabilizar os serviços de saúde, melhorar os cuidados e prevenir novas ocorrências.

- OMS, Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto institucional (2014).

Se os seus direitos forem violados, tem direito a reclamar e apresentar queixa, bem como a receber indemnização pelos prejuízos sofridos, nos termos da lei.

- Lei n.º 15/2014, artigo 9.º, n.º 1.



10. DIREITO A CUIDADOS NO PRÉ-PARTO E NO PÓS-PARTO

Tem direito, na medida dos recursos existentes, a escolher os serviços e prestadores de cuidados de saúde.

– Lei n.º 15/2014, artigo 2.º, n.º 1.

Os serviços de saúde devem assegurar à mulher grávida a atribuição de médico de família ou, quando tal não seja possível, o acesso prioritário à prestação de cuidados de saúde.

– Lei n.º 15/2014, artigo 15.º-C, n.º 2.

As equipas de saúde devem assegurar as condições para que realize as consultas e os exames necessários a uma adequada assistência pré-natal. Se o serviço de saúde não puder assegurar os cuidados de que necessita, deve garantir uma referenciação planeada, célere e eficaz para outro serviço de saúde mais diferenciado.

– Lei n.º 15/2014, artigo 15.º-C, n.º 4 e 8

Tem direito a cuidados de saúde apropriados durante a gravidez, incluindo vigilância clínica, apoio emocional e acesso a informação sobre saúde sexual e reprodutiva. Deve ainda ter acesso a cursos de preparação para o parto e parentalidade, em particular nos cuidados de saúde primários.

– Lei n.º 15/2014, artigo 15.º -C, n.º 1, aditado pela Lei n.º 110/2019; OMS –Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (2016); DGS – CPPP;

Todas as mulheres grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta da gravidez entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias de gestação. Na primeira consulta, a unidade de saúde deve disponibilizar materiais informativos escritos sobre a gravidez, incluindo rastreios e exames recomendados, hábitos e estilos de vida saudáveis, planeamento do parto, aleitamento materno, sinais de alarme e apoios legais de proteção da parentalidade.

– Norma DGS n.º 001/2023, pontos 1 e 2.

A Linha SNS 24 e as unidades de saúde devem informar o horário e o local onde as grávidas podem recorrer a cuidados de saúde não-programados, nomeadamente consulta aberta nos cuidados de saúde primários, consulta aberta do primeiro trimestre em unidades hospitalares com cuidados obstétricos e urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

– Norma DGS n.º 001/2023, ponto 5.

Tem direito a acompanhamento pós-parto adequado, que inclui a consulta do puerpério entre a 4.ª e a 6.ª semana, vigilância da saúde física e emocional, apoio à amamentação e orientação sobre os cuidados ao recém-nascido e à recuperação pós-parto.

– DGS – CPPP; OMS – Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva (2022); Lei n.º 15/2014, Artigo 15.º-G, aditado pela Lei n.º 110/2019;

Após a alta hospitalar e durante a primeira semana de puerpério, o estabelecimento de saúde onde ocorreu o parto deve garantir um contacto, designadamente telefónico, com disponibilidade permanente, para esclarecimento de dúvidas sobre os cuidados ao recém-nascido, o aleitamento materno e a condição de saúde física ou emocional da mulher puérpera.

– Lei n.º 15/2014, artigo 18.º, n.º 2.

Após o puerpério, tem direito a ter acesso a planos de recuperação pós-parto, em particular nos cuidados de saúde primários.

– Lei n.º 15/2014, artigo 18.º, n.º 3, na redação da Lei n.º 110/2019



11. DIREITOS LABORAIS E APOIOS SOCIAIS NA GRAVIDEZ, PARENTALIDADE E REGRESSO AO TRABALHO

Tem direito a faltar ao trabalho para consultas pré-natais, pelo tempo e número de vezes necessários.

- Código do Trabalho, artigo 46.º, n.º 1.

A preparação para o parto é equiparada a consulta pré-natal.

- Código do Trabalho, artigo 46.º, n.º 4.

O pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a grávida às consultas pré-natais.

- Código do Trabalho, artigo 46.º, n.º 5.

A dispensa para consulta pré-natal não determina perda de quaisquer direitos e é considerada como prestação efetiva de trabalho.

- Código do Trabalho, artigo 65.º, n.º 2.

A mãe e o pai trabalhadores têm direito, por nascimento de filho, a licença parental inicial de 120 ou 150 dias consecutivos, cujo gozo podem partilhar após o parto.

- Código do Trabalho, artigo 40.º, n.º 1.

A licença parental inicial pode ser acrescida em 30 dias quando cada um dos progenitores goze, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos, ou dois períodos de 15 dias consecutivos.

- Código do Trabalho, artigo 40.º, n.º 3.

A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto e tem obrigatoriamente de gozar 42 dias consecutivos de licença após o parto.

- Código do Trabalho, artigo 41.º, n.º 1 e 2.

O pai tem obrigatoriamente de gozar 28 dias de licença nos 42 dias seguintes ao nascimento, sete dos quais de modo consecutivo imediatamente após o parto.

- Código do Trabalho, artigo 43.º, n.º 1.



O pai tem ainda direito a mais sete dias de licença, desde que gozados em simultâneo com a licença parental inicial da mãe.

- Código do Trabalho, artigo 43.º, n.º 2.

Pode ter direito a subsídio parental inicial durante o período da licença parental inicial, nos termos legalmente previstos.

- Decreto-Lei n.º 91/2009, artigo 11.º.

Pode ter direito a subsídio por risco clínico durante a gravidez, quando exista risco clínico para a grávida ou para o nascituro, certificado por médico.

- Decreto-Lei n.º 91/2009, artigo 9.º.

Tem direito a licença em situação de risco clínico durante a gravidez, pelo período de tempo que, por prescrição médica, for considerado necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença parental inicial.

- Código do Trabalho, artigo 37.º, n.º 1.

Tem direito a especiais condições de segurança e saúde no trabalho, de modo a evitar a exposição a riscos para a sua segurança e saúde.

- Código do Trabalho, artigo 62.º, n.º 1.

Se existirem riscos, o empregador deve adaptar as condições de trabalho, atribuir outras tarefas compatíveis ou, se isso não for viável, dispensá-la de prestar trabalho durante o período necessário.

- Código do Trabalho, artigo 62.º, n.º 3.

Tem direito a ser informada, por escrito, dos resultados da avaliação dos riscos e das medidas de proteção adotadas.

- Código do Trabalho, artigo 62.º, n.º 4.



Tem direito de requerer ação de fiscalização ao serviço com competência inspetiva do ministério responsável pela área laboral, com prioridade e urgência, se o empregador não cumprir as obrigações de proteção da sua segurança e saúde.

- Código do Trabalho, artigo 62.º, n.º 7.

Tem direito a ser dispensada de prestar trabalho em regime de adaptabilidade, banco de horas ou horário concentrado.

- Código do Trabalho, artigo 58.º, n.º 1.

A trabalhadora grávida, bem como o trabalhador ou trabalhadora com filho de idade inferior a 12 meses, não está obrigada a prestar trabalho suplementar.

- Código do Trabalho, artigo 59.º, n.º 1.

Tem direito a ser dispensada de prestar trabalho entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, nos termos previstos na lei.

- Código do Trabalho, artigo 60.º, n.º 1

Se não for possível atribuir um horário diurno compatível, a trabalhadora deve ser dispensada do trabalho.

- Código do Trabalho, artigo 60.º, n.º 2 e 3.



A mãe que amamenta tem direito a dispensa de trabalho para amamentação durante o tempo que durar a amamentação.

- Código do Trabalho, artigo 47.º, n.º 1.

Se não houver amamentação, qualquer dos progenitores ou ambos, por decisão conjunta, têm direito a dispensa para aleitação até o filho perfazer um ano, desde que ambos exerçam atividade profissional.

- Código do Trabalho, artigo 47.º, n.º 2.

A dispensa diária para amamentação ou aleitação é gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com o empregador.

- Código do Trabalho, artigo 47.º, n.º 3

O trabalhador com filho menor de 12 anos, ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação, tem direito a trabalhar a tempo parcial.

- Código do Trabalho, artigo 55.º, n.º 1.

O trabalhador com filho menor de 12 anos, ou, independentemente da idade, filho com deficiência ou doença crónica que com ele viva em comunhão de mesa e habitação, tem direito a trabalhar em regime de horário flexível.

- Código do Trabalho, artigo 56.º, n.º 1.

O empregador só pode recusar o pedido de trabalho a tempo parcial ou de horário flexível com fundamento em exigências imperiosas do funcionamento da empresa ou na impossibilidade de substituir o trabalhador se este for indispensável.

- Código do Trabalho, artigo 57.º, n.º 2.



O despedimento de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, ou de trabalhador no gozo de licença parental, carece de parecer prévio da entidade competente na área da igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

- Código do Trabalho, artigo 63.º, n.º 1.

O despedimento por facto imputável a trabalhador que se encontre numa dessas situações presume-se feito sem justa causa.

- Código do Trabalho, artigo 63.º, n.º 2.

No termo de qualquer situação de licença, faltas, dispensa ou regime de trabalho especial, tem direito a retomar a atividade contratada.

- Código do Trabalho, artigo 65.º, n.º 5.

Após licença para assistência a filho, o empregador deve facultar a participação em ações de formação e atualização profissional, de modo a promover a plena reinserção profissional.

- Código do Trabalho, artigo 61.º.



Se sentiu que algum dos seus direitos foi violado, pode e deve apresentar queixa/reclamação:

No livro de reclamações da unidade de saúde

À Entidade Reguladora da Saúde (ERS)

Ao Provedor de Justiça (apenas se a situação envolver entidades públicas)

À Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) (em caso de discriminação em razão do sexo ou violação dos direitos das mulheres)

Precisa de apoio ou partilhar a sua experiência?

OVO – Observatório da Violência Obstétrica (Acolhe denúncias, regista casos e promove campanhas públicas.)

APDMGP – Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (Presta apoio direto, divulga informação sobre os direitos na gravidez e parto, e colabora com a APAV.)

SaMaNe – Saúde das Mães Negras e Racializadas (Associação que apoia mulheres negras e racializadas, promovendo cuidados respeitosos, equitativos e livres de preconceito.)



Este trabalho só faz sentido se eu souber o impacto que tem!

Através do questionário anónimo abaixo, pode ajudar-me a perceber se esta informação encontrou espaço no seu percurso, o que lhe trouxe e de que forma (ou se) fez a diferença.

A sua experiência é essencial para dar significado a este projeto.

Se és mulher no ciclo gravídico-puerperal, clica aqui, e responde ao meu questionário.

O SEU PARTO, OS SEUS DIREITOS

A maternidade é um momento de poder e transformação.

**Os seus direitos existem para que se sinta segura,
acompanhada e respeitada.**

A informação é o primeiro passo para a autonomia.

Projeto desenvolvido no âmbito académico do 1º Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa

Realizado por:

Enf Inês Jordão

Sob orientação da Supervisora pedagógica:

Prof. Dra Maria Maceiras

Contacto: inespereira9209@esscvp.eu

Apêndice AR – Formulário Site

Site - Direitos da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal e Experiência de Cuidados

O meu nome é Inês Jordão, sou enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa.

Este questionário integra o meu projeto final de mestrado, intitulado **“Os Direitos da Mulher: Prevenção da Violência Obstétrica”**. É anónimo, de participação voluntária, e destina-se a mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

O **ciclo gravídico-puerperal** corresponde ao **período que inclui a gravidez, o parto e o pós-parto/ puerpério (até 1 ano após o parto)**, durante os quais o corpo e a vida da mulher se encontram ainda em processo de recuperação e adaptação.

O questionário tem como objetivo compreender a relação entre o conhecimento dos direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e a vivência dos cuidados de saúde ao longo deste percurso.

Os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins académicos.

Ao avançar com o preenchimento do questionário, declara que leu esta informação e aceita participar de forma livre e voluntária.

*** Indica uma pergunta obrigatória**

1 - É mulher e encontra-se atualmente no ciclo gravídico-puerperal ? - desde a gravidez até 1 ano após o parto *

☐ Sim

☐ Não

Caracterização

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

2.1 - Qual a sua idade? *

A sua resposta

2.2 - Qual a sua nacionalidade

A sua resposta

2.3 Esta é/foi a sua: *

- ☐ Primeira gravidez
- ☐ Segunda gravidez
- ☐ Terceira ou mais

2.4 - Qual a sua Escolaridade? *

- ☐ Ensino básico
- ☐ Ensino secundário
- ☐ Ensino superior
- ☐ Outra:

2.6 - Em que fase do ciclo gravídico-puerperal se encontra atualmente? *

- ☐ Gravidez
- ☐ Puerpério (até 6 semanas pós-parto)
- ☐ Puerpério prolongado (de 6 semanas pós-parto até 1 ano)

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

3.1 Algum profissional de saúde falou consigo, em algum momento, sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal?

Selecionar ▼

3.1.1 Se respondeu "Sim", em que contexto(s) isso aconteceu?

- ☐ Consulta de vigilância da gravidez
- ☐ Curso de Preparação para o Nascimento / Parentalidade
- ☐ Internamento durante a gravidez
- ☐ Bloco de partos
- ☐ Puerpério / pós-parto (internamento ou consulta)
- ☐ Não me recordo / não consigo especificar
- ☐ Outra:

Conhecimento sobre direitos

4.1 Antes de consultar este site, como avaliava o seu conhecimento sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal? *

- ☐ Muito reduzido
- ☐ Reduzido
- ☐ Moderado
- ☐ Bom
- ☐ Muito bom

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

4.2 Antes de consultar este site, quais destes direitos conhecia? *

- ☐ Direito a receber informação clara, verdadeira e compreensível
- ☐ Direito a fazer perguntas e participar nas decisões
- ☐ Direito ao consentimento informado (aceitar ou recusar intervenções)
- ☐ Direito à presença de acompanhante da sua escolha
- ☐ Direito à privacidade e a um tratamento digno e respeitador
- ☐ Direito a mover-se livremente e escolher posições (quando clinicamente possível)
- ☐ Direito à elaboração, discussão e respeito por um Plano de Nascimento
- ☐ Direito ao contacto pele-a-pele após o nascimento
- ☐ Direito ao apoio à amamentação
- ☐ Não reconheço nenhum direito específico

4.3 Considera que conhecer os seus direitos influencia/contribui para reduzir situações de desrespeito/violação de direitos? *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

4.4 Considera que conhecer os seus direitos pode influenciar/influenciou a sua vivência do parto? *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Plano de Nascimento (PN)

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

5.1 Antes de consultar este site, sabia o que é um Plano de Nascimento? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

5.2 Relativamente ao Plano de Nascimento, qual destas opções descreve melhor a sua situação? *

Responda de acordo com a fase em que se encontra no ciclo gravídico-puerperal

- ☐ Tive plano de nascimento no meu parto
- ☐ Não tive plano de nascimento no meu parto
- ☐ Já elaborei um Plano de Nascimento para esta gravidez
- ☐ Pretendo elaborar um Plano de Nascimento
- ☐ Talvez venha a elaborar/ Ainda estou a pensar / não decidi
- ☐ Não pretendo elaborar

5.3 Considera que o plano de nascimento pode influenciar/influenciou a sua vivência/experiência de parto? *

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Discordo totalmente | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Concordo totalmente |

5.4 Considera que o plano de nascimento influencia/contribui para reduzir situações de desrespeito/violação de direitos? *

- | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Discordo totalmente | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | Concordo totalmente |

Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Avaliação do site

6.1 A informação disponibilizada neste site foi clara e fácil de compreender. *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.2 A informação disponibilizada neste site foi útil e adequada às minhas necessidades. *

1 2 3 4 5

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

6.3 Gostaria de deixar algum comentário, partilha, dúvida ou sugestão?

A sua resposta

Obter link

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários

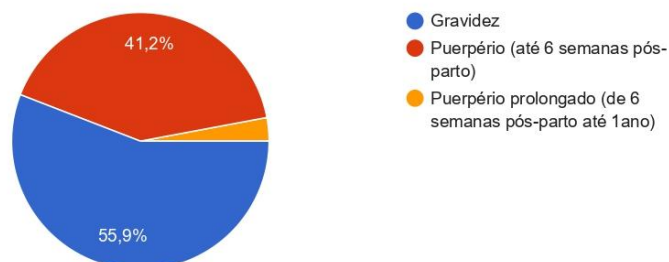
Preencha previamente as respostas e, em seguida, clique em "Obter link".

Apêndice AS – Respostas Formulário Site

2.6 - Em que fase do ciclo gravídico-puerperal se encontra atualmente?

 Copiar

34 respostas

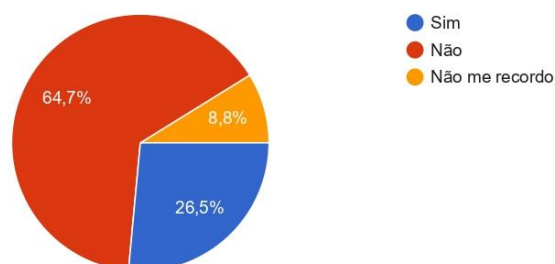


Abordagem dos direitos por profissionais de saúde

3.1 Algum profissional de saúde falou consigo, em algum momento, sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal?

 Copiar

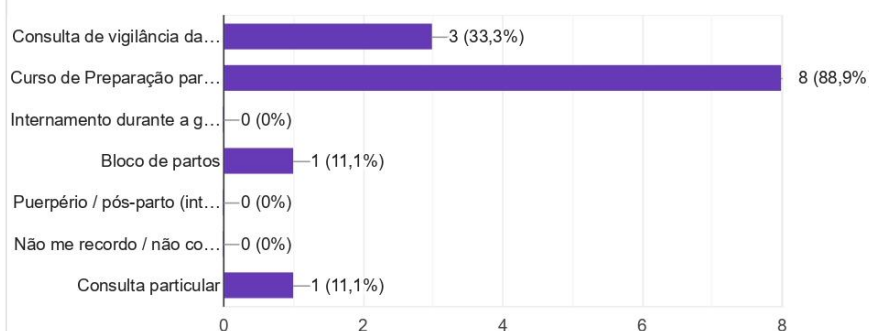
34 respostas



3.1.1 Se respondeu "Sim", em que contexto(s) isso aconteceu?

 Copiar

9 respostas



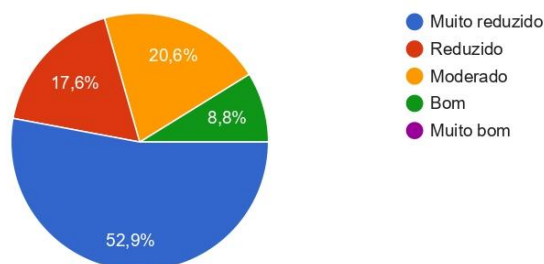
Conhecimento sobre direitos



4.1 Antes de consultar este site, como avaliava o seu conhecimento sobre os seus direitos no ciclo gravídico-puerperal?

 Copiar

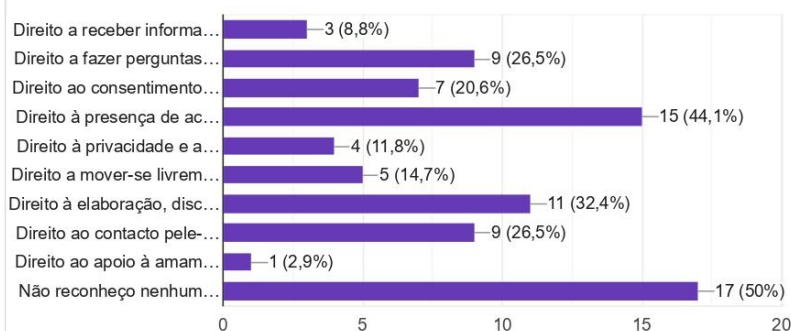
34 respostas



4.2 Antes de consultar este site, quais destes direitos conhecia?

 Copiar

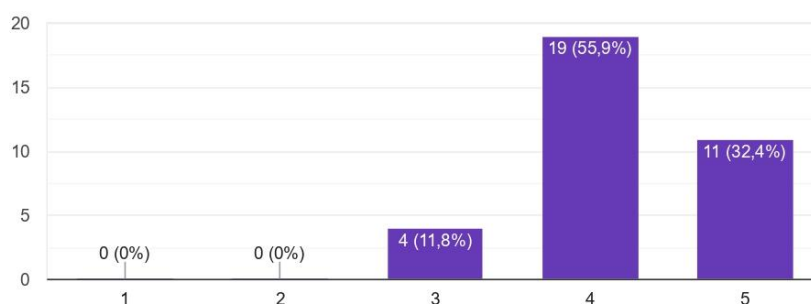
34 respostas



4.3 Considera que conhecer os seus direitos influencia/contribui para reduzir situações de desrespeito/violação de direitos?

 Copiar

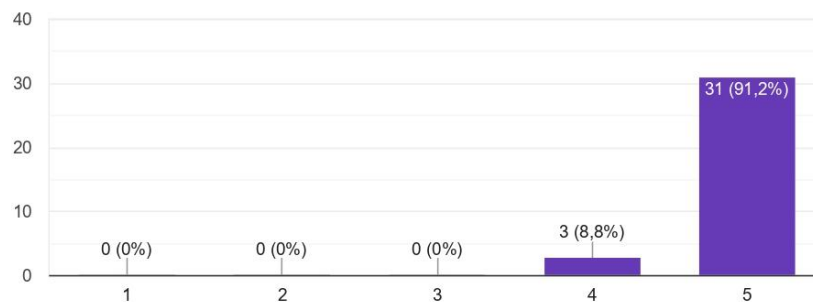
34 respostas



4.4 Considera que conhecer os seus direitos pode influenciar/influenciou a sua vivencia do parto?

 Copiar

34 respostas

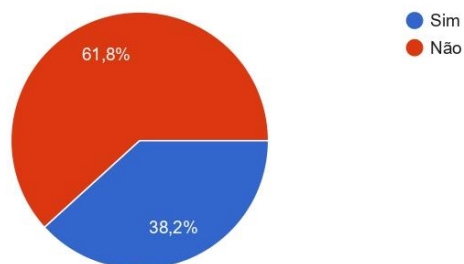


Plano de Nascimento (PN)

5.1 Antes de consultar este site, sabia o que é um Plano de Nascimento?

 Copiar

34 respostas



5.2 Relativamente ao Plano de Nascimento, qual destas opções descreve melhor a sua situação?

 Copiar

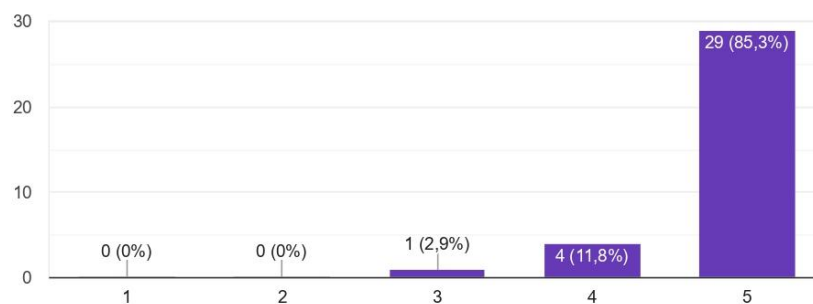
34 respostas



5.3 Considera que o plano de nascimento pode influenciar/influenciou a sua vivência/experiência de parto?

 Copiar

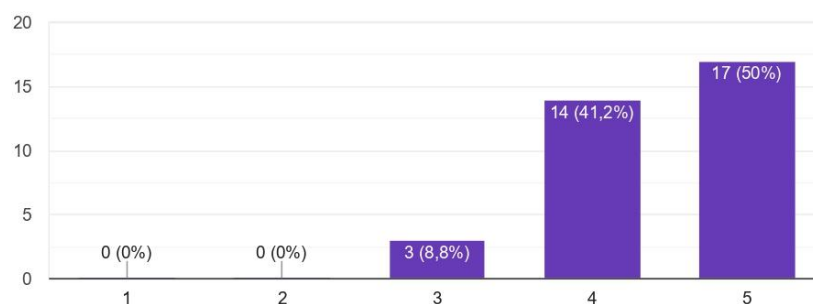
34 respostas



5.4 Considera que o plano de nascimento influencia/contribui para reduzir situações de desrespeito/violação de direitos?

 Copiar

34 respostas



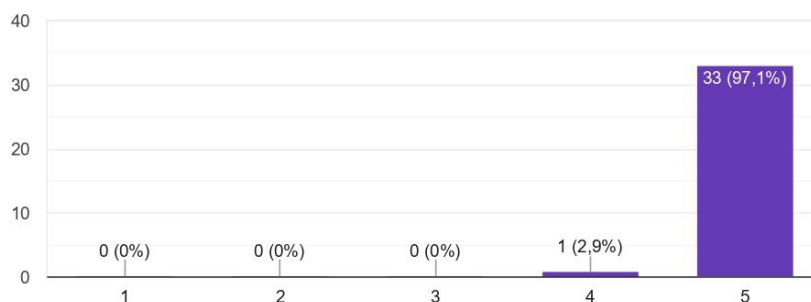
Avaliação do site





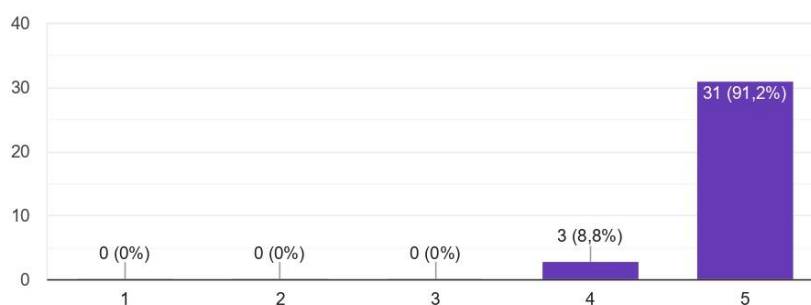
6.1 A informação disponibilizada neste site foi clara e fácil de compreender.

34 respostas



6.2 A informação disponibilizada neste site foi útil e adequada às minhas necessidades.

34 respostas



6.3 Gostaria de deixar algum comentário, partilha, dúvida ou sugestão?

5 respostas

Por mais informação que tenha quem determina a vivencia da violência obstétrica é o profissional de saúde. Mais informação para os profissionais!

Obrigada

Informação super util

Deveria ter tido acesso a isto antes do parto

Óptima iniciativa

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

Google Formulários



Apêndice AT – Tabela-síntese Análise Integrada dos Resultados do Projeto

Tabela-síntese análise transversal dos resultados do projeto

Contexto	n analítico	Nível de literacia prévia	Fonte principal de informação prévia	Situação face ao PN	Efeito imediato da intervenção	Efeito final / leitura global
Bloco de Partos (BP)	3	Heterogéneo, mas globalmente frágil: variou entre ausência de conhecimento, conhecimento parcial/superficial e um caso de conhecimento mais consistente.	Predomínio de fontes informais/extra-institucionais, nomeadamente CPPP, internet/redes sociais, família/amigos e doula; a informação profissional estruturada não surgiu como base dominante.	Baixa presença institucional do PN: apenas 6/176 parturientes tinham PN; no corpus analítico, 1/3 tinha PN, elaborado com apoio da doula e não previamente discutido com profissionais.	O momento educativo foi globalmente percecionado como claro, útil e pertinente, embora em pelo menos um caso tenha surgido a ideia de que a informação teria sido mais útil mais cedo, durante a gravidez.	O conhecimento adquirido pareceu aumentar a agência e a capacidade de leitura crítica, mas não eliminou episódios problemáticos. Verificou-se coexistência entre avaliação global positiva do parto e identificação posterior de falhas localizadas, sobretudo ao nível do consentimento informado. O efeito do PN foi parcial e dependente da sua operacionalização real.
Internamento de Puérperas (IP)	1	Baixo / confuso: a participante referia conhecer alguns aspetos, mas não os reconhecia claramente como «direitos».	Internet/redes sociais.	Sem PN no período observado; o próprio relatório refere ausência de puérperas com PN neste EC.	A intervenção foi percecionada como clara e útil, sobretudo para clarificação conceptual.	O principal efeito não foi propriamente «mudança de experiência», mas releitura retrospectiva da experiência. A participante manteve uma narrativa globalmente positiva, mas passou a reconhecer melhor que certos aspetos poderiam ser lidos à luz dos direitos. O valor deste contexto é sobretudo de viabilidade clínica e utilidade potencial, não de robustez inferencial.
Internamento de Grávidas (IG)	4	Baixo a parcial/superficial, com dúvidas concretas sobre alcance real dos direitos, possibilidade de recusa e validade prática do PN.	Predomínio de internet/redes sociais, CPPP e família/amigos; não emergiu abordagem profissional estruturada como fonte robusta.	2/4 com PN, mas ambas referiram que o documento não tinha sido previamente discutido com profissionais; a operacionalização foi variável.	A intervenção foi globalmente percecionada como clara, compreensível e útil, sendo valorizada por ocorrer antes do parto.	O efeito final sugere maior confiança e participação informada, mas não proteção plena. Houve coexistência entre experiências globais positivas/neutras e episódios de falhas de informação, consentimento e privacidade. O PN mostrou potencial, mas a sua eficácia foi inconsistente e dependente da discussão prévia e do acolhimento institucional.
Cuidados de Saúde Primários (CSP)	15	Baixo a moderado: 46,7% classificou o conhecimento como reduzido, 33,3% como moderado e 20% como bom.	Quando existia contacto prévio, a fonte mais referida foi a consulta de vigilância da gravidez; surgiram também CPPP e internet/redes sociais.	Antes da sessão, 60% sabiam o que era o PN; após a sessão, 86,7% referiu intenção de o elaborar e 13,3% respondeu «talvez».	Muito elevado: 100% classificou a clareza/compreensão no nível máximo; 93,3% classificou a utilidade no nível máximo.	Neste contexto, o efeito final é sobretudo prospetivo/antecipatório: 93,3% considerou que a informação poderá fazer diferença significativa na vivência do parto e 93,3% atribuiu pontuação máxima à ideia de que conhecer direitos pode contribuir para prevenir situações de desrespeito/violação. É o contexto com melhor sinal de impacto potencial a montante.
Site / recurso digital	34	Predominantemente baixo: 52,9% classificou o conhecimento prévio como muito reduzido e 17,6% como reduzido.	Predomínio de ausência de informação prévia por profissionais; quando existia abordagem profissional, o contexto mais referido foi o CPPP.	Antes da consulta, 38,2% sabiam o que era o PN; 11,8% já o tinham utilizado no parto, 8,8% já o tinham preparado para a gravidez atual e 35,3% tencionavam elaborá-lo.	Muito elevado: 97,1% classificou a clareza no nível máximo e 91,2% a utilidade no nível máximo.	O recurso foi percecionado como altamente útil, com forte impacto percebido sobre compreensão de direitos e papel do PN. Contudo, surgiu um comentário crítico relevante: por mais informação que a mulher tenha, a vivência de violência obstétrica continua fortemente dependente do comportamento profissional. Isto reforça a ideia de que a literacia ajuda, mas não substitui mudança institucional.

Apêndice AU – Plano de Sessão Formação Bloco de Partos

Plano de Sessão	
Local: [REDACTED]	Data: 3/06/2025 Hora: 16:30
Formadores: Enfermeira Inês Jordão, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Tema da Sessão: Direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal Título: Os direitos da Mulher no ciclo gravídico-puerperal: A nova lei	
População-alvo: Enfermeiros	
Pré-requisitos dos formandos: Pertencer à equipa de enfermagem do Bloco de Partos do Hospital [REDACTED]	
Objetivo Geral: Capacitar os enfermeiros do Bloco de Partos para a compreensão da Lei n.º 33/2025 e das suas implicações na prática clínica, com enfoque nos direitos da mulher, no consentimento informado e na prevenção da violência obstétrica.	
Objetivos Específicos: - Reconhecer a relevância da temática abordada e da Lei n.º 33/2025 para a prática profissional no Bloco de Partos; - Compreender de forma clara os conteúdos apresentados sobre os direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal e a sua atualização legislativa; - Refletir criticamente sobre a temática e as implicações da nova lei na prática clínica.	
Duração da Sessão: 15 minutos apresentação + 5 minutos discussão	
Conteúdos: - Enquadramento da temática: direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal; - Lei n.º 33/2025: conceito de violência obstétrica e principais implicações; - Articulação entre a Lei n.º 33/2025, a Lei n.º 15/2014 e o consentimento informado enquanto processo contínuo; - Plano de nascimento enquanto instrumento de operacionalização de direitos; - Implicações da atualização legislativa para a prática do enfermeiro no Bloco de Partos; - Espaço para esclarecimento de dúvidas e discussão de dificuldades sentidas pela equipa.	
Recursos: Apresentação com recurso a suporte digital (slides); Formulário Online;	
Avaliação: Avaliação da sessão através de um formulário online	

Apêndice AV - Plano de Sessão Formação Internamento de Grávidas

Plano de Sessão	
Local: [REDACTED]	Data: 20/11/2025 Hora: 8:30
Formadores: Enfermeira Inês Jordão, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Tema da Sessão: Direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal Título: Os direitos da Mulher no ciclo gravídico-puerperal: Plano de Nascimento	
População-alvo: Enfermeiros	
Pré-requisitos dos formandos: Pertencer à equipa de enfermagem do Internamento de Grávidas do Hospital [REDACTED]	
Objetivo Geral: Capacitar os enfermeiros do Internamento de Grávidas para a compreensão do Plano de Nascimento enquanto instrumento de operacionalização de direitos, promovendo a sua valorização na prática clínica e a articulação com o consentimento informado e a decisão partilhada.	
Objetivos Específicos: - Reconhecer a relevância do Plano de Nascimento para a prática profissional no Internamento de Grávidas; - Compreender de forma clara os conteúdos apresentados sobre o Plano de Nascimento e a sua articulação com os direitos da mulher; - Refletir criticamente sobre a operacionalização do Plano de Nascimento no serviço e sobre o seu potencial impacto na prática clínica.	
Duração da Sessão: 10 minutos apresentação + 5 minutos discussão	
Conteúdos: - Enquadramento do tema: direitos da mulher no ciclo gravídico-puerperal; - Plano de Nascimento enquanto instrumento de operacionalização de direitos; - Articulação entre Plano de Nascimento, consentimento informado e decisão partilhada; - Importância da identificação, valorização e discussão do Plano de Nascimento no Internamento de Grávidas; - Implicações práticas para a equipa de enfermagem do serviço; - Espaço para esclarecimento de dúvidas e discussão sobre a aplicabilidade no contexto clínico.	
Recursos: Apresentação com recurso a suporte digital (slides); Formulário Online;	
Avaliação: Avaliação da sessão através de um formulário online	

ANEXOS

Anexo I - Tabela Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.	
1.1 — Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	1.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de educação sexual e de saúde preconcepcional.
	1.1.2 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da regulação da fecundidade e da fertilidade.
	1.1.3 — Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade no âmbito do planeamento familiar e preconcepcional.
	1.1.4 — Informa e orienta em matéria de planeamento familiar e preconcepcional.
	1.1.5 — Promove a decisão esclarecida no âmbito do planeamento familiar e saúde preconcepcional.
	1.1.6 — Faculta métodos contraceptivos e supervisiona a utilização.
1.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.	1.2.1 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e de diagnóstico da situação de saúde da mulher.
	1.2.2 — Concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis.
	1.2.3 — Identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	1.2.4 — Identifica e monitoriza o potencial de risco preconcepcional e obstétrico, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	1.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com infeção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
1.3 — Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções	1.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais, incluindo os conviventes significativos.
	1.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.
	1.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com disfunções sexuais e/ou com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos.

sexualmente transmissíveis.	1.3.4 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com infecção sexualmente transmissível, incluindo os conviventes significativos.
	1.3.5 — Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro.
2 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem -estar materno -fetal.	
2.1 — Promove a saúde da mulher durante o período pré -natal e em situação de abortamento.	2.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré -natal.
	2.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós -aborto.
	2.1.3 — Diagnostica e monitoriza a gravidez.
	2.1.4 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.
	2.1.5 — Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.
	2.1.6 — Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré -natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.
	2.1.7 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez.
	2.1.8 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.
	2.1.9 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno.
	2.1.10 — Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão.
2.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré -natal e em situação de abortamento.	2.2.1 — Informa e orienta a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.
	2.2.2 — Identifica e monitoriza saúde materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.
	2.2.3 — Prescreve exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco.
	2.2.4 — Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	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.
	2.2.6 — Avalia bem -estar materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.

	2.2.7 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto.
	2.2.8 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável.
	2.2.9 — Identifica e monitoriza trabalho de abortamento.
	2.2.10 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto.
	2.2.11 — Identifica complicações pós -aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
2.3 — Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré -natal e em situação de abortamento.	2.3.1 — Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.
	2.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.
	2.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.
	2.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.
	2.3.5 — Aplica medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.
	2.3.6 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte.
	2.3.7 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós -aborto.
	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.
	2.3.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós -aborto.
3 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém -nascido na sua adaptação à vida extra uterina.	
3.1 — Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém -nascido à vida extra uterina.	3.1.1 — Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.
	3.1.2 — Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.
	3.1.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem -estar da mulher e conviventes significativos.
	3.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém--nascido/conviventes significativos.
	3.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
	3.1.6 — Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

3.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém -nascido.	3.2.1 — Identifica e monitoriza trabalho de parto.
	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.
	3.2.3 — Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. 3.2.8 — Assegura reanimação do recém -nascido em situação de emergência.
	3.2.4 — Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.
	3.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.
	3.2.6 — Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica.
	3.2.7 — Assegura a avaliação imediata do recém -nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina.
	3.2.9 — Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém -nascido com alterações morfológicas e funcionais.
	3.2.10 — Identifica alterações morfológicas e funcionais do recém -nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.
3.3 — Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.	3.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.
	3.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.
	3.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.
	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.
	3.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto.
	3.3.6 — Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o trans porte.
4 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém -nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade:	
4.1 — Promove a saúde da mulher e recém--nascido no período pós -natal.	4.1.1 — Informa e orienta sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém -nascido, promovendo a decisão esclarecida.
	4.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém -nascido.

	4.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós -parto.
	4.1.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
	4.1.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós--parto.
	4.1.6 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável.
4.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém -nascido durante o período pós -natal.	4.2.1 — Informa, orienta e apoia a mãe no auto cuidado e a cuidar do seu filho.
	4.2.2 — Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	4.2.3 — Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém -nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	4.2.4 — Identifica complicações pós -parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	4.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto.
5 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.	
5.1 — Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa.	5.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio e de promoção da saúde durante o climatério.
	5.1.2 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da menopausa.
	5.1.3 — Informa e orienta a mulher com alterações associadas ao climatério.
	5.1.4 — Informa e orienta a mulher sobre os recursos disponíveis, promovendo a decisão esclarecida.
5.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério.	5.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia intervenções de proteção da saúde e prevenção das alterações associadas ao climatério.
	5.2.2 — Identifica e monitoriza o estado de saúde da mulher no climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	5.2.3 — Identifica e monitoriza o potencial de risco de doenças causadas pelo decréscimo da função ovárica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	5.2.4 — Identifica alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	5.2.5 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com alterações associadas ao climatério.

5.3 — Providencia cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa.	5.3.1 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com disfunções sexuais associadas ao climatério, incluindo os conviventes significativos.
	5.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante ao climatério.
	5.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com complicações associadas ao climatério., incluindo conviventes significativos.
	5.3.4 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério.
6 — Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica - Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.	
6.1 — Promove a saúde ginecológica da mulher.	6.1.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica.
	6.1.2 — Informa e orienta a mulher sobre saúde ginecológica.
	6.1.3 — Informa e orienta a mulher sobre recursos da comunidade no âmbito da saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida.
6.2 — Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.	6.2.1 — Diagnostica e monitoriza potencial de risco da mulher para afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.
	6.2.2 — Diagnostica e monitoriza afeções do aparelho geniturinário e/ou mama, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
	6.2.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos.
	6.2.4 — Cooperar com outros profissionais no diagnóstico das afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.
6.3 — Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação.	6.3.1 — Informa e orienta a mulher em tratamento de afeções do aparelho geniturinário e/ou mama. 6.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho geniturinário
	6.3.2 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher em tratamento de afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.
	6.3.3 — Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocionais e psicológicas à mulher em tratamento de afeções do aparelho geniturinário e/ou mama, incluindo os conviventes significativos.
	6.3.4 — Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós -cirúrgicas de afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.
	6.3.5 — Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do aparelho geniturinário e/ou mama.
7 — Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade - Cuida o grupo -alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população:	

7.1 — Promove a saúde do grupo-alvo	7.1.1 — Identifica infraestruturas de saúde da comunidade e as condições de acesso.
	7.1.2 — Gere os recursos disponíveis na comunidade para dar resposta em situação de urgência/emergência e de transporte.
	7.1.3 — Diagnostica e monitoriza o estado de saúde das mulheres em idade fértil.
	7.1.4 — Identifica necessidades em cuidados de enfermagem relacionadas com a saúde sexual e reprodutiva.
	7.1.5 — Identifica as causas diretas e indiretas da morbimortalidade materna e neonatal utilizando o conhecimento epidemiológico.
	7.1.6 — Desenvolve estratégias para promover cuidados seguros em diferentes ambientes de nascimento.
	7.1.7 — Advoga e promove estratégias de <i>empowerment</i> para as mulheres em idade fértil.
	7.1.8 — Advoga o cumprimento da legislação em vigor relacionada com a saúde reprodutiva e maternidade/paternidade.
7.2 — Diagnostica precocemente e intervêm no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva.	7.2.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de responder às necessidades de saúde sexual e reprodutiva.
	7.2.2 — Valoriza as práticas de saúde tradicionais e contemporâneas, gerindo os seus riscos e benefícios para a saúde das mulheres em idade fértil.
	7.2.3 — Gere os benefícios e riscos dos locais de nascimento disponíveis.
	7.2.4 — Avalia e dá parecer sobre condições apropriadas à prática clínica.
	7.2.5 — Aplica o programa nacional de vacinação e informa sobre as condições de acesso aos serviços de imunização.
7.3 — Intervém na minimização das causas de morbimortalidade materno-fetal.	7.3.1 — Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções no sentido de minimizar as causas diretas e indiretas de morbimortalidade materno-fetal.
	7.3.2 — Cooperar com outros profissionais em programas, projetos e intervenções para melhorar a qualidade global dos serviços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Anexo II - Tabela Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal Competência	
A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional - O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.	
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.	A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente.
	A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência.
	A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa.
	A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções.
	A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional.
	A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem.
	A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade.	A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade.
	A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão.
	A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão.
	A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.
A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.	A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada.
	A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.
A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. - O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.	
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos	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.

	A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional.
	A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade.
	A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde.
	A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.
A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica.
	A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.
	A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.
	A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.
B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	
B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. - O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.	
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua.
	B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso.
	B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.	B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.
	B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.
	B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.
	B1.2.4 — Cooperar na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. - O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.	
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas.	B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade.
	B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.
	B2.1.3 — Integra auditorias clínicas.
	B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.

B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.	B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria.
	B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria.
	B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria.
	B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática.
	B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua.	B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade.
	B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.
B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro. - O Enfermeiro Especialista considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvimento adequada ao bem-estar e gerindo o risco.	
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.	B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo.
	B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais.
	B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.
	B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.
	B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional.
	B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.	B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros.
	B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco.
	B3.2.3 — Previne os riscos ambientais.
	B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa.
	B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.
	B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco.
	B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos.
	B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção.
	B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe.
C — Domínio da gestão dos cuidados	
C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. - O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos	

cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.	
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa.
	C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde.
	C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.
	C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar.
	C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar.
	C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar.
	C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas.
C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. - O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.	
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados.
	C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados.
	C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados.
	C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade.
	C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.	C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa.
	C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática.
	C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.
	C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências.
	C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.
D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	
D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. - O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.	
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.	D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar.
	D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda.

	D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais.
	D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e hétero perceção.
	D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente.
	D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão.
	D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade.
	D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.
D2 — Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica - O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.	
D2.1 — Responsabiliza - se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho.
	D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas.
	D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos.
	D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros.
	D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica.	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.
	D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação.
	D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação.
	D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.
	D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.	D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada.
	D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes.
	D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.
	D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.
	D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

Anexo III - Tabela Competências de Mestre em Enfermagem

O grau de mestre deve assegurar conhecimentos altamente especializados, alguns dos quais se devem encontrar na vanguarda do conhecimento na área de enfermagem, que sustentam a capacidade de reflexão, resolução de problemas em matéria de investigação e ou inovação. O detentor do mestrado deve conseguir gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem novas abordagens estratégicas. Em simultâneo, deve assumir responsabilidade por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e ou para rever o desempenho estratégico de equipas	
Objetivos gerais definidos para o ciclo de estudos	a) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
	b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético -deontológicos;
	c) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos;
	d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

**Anexo IV - Certificado VII Jornadas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa –
ULS São José “Obstétrica na atualidade: Que caminhos... Que mudanças...”.**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ



Gestão da Formação

DECLARAÇÃO

Declara-se que **INÊS COTRIM SENTIEIRO JORDÃO PEREIRA** frequentou a **Ação de Formação “VII Jornadas da Maternidade Dr. Alfredo da Costa - ULS São José “Obstétrica na Actualidade: Que caminhos... Que mudanças...”**”, realizada nos dias **17 e 18 de Dezembro de 2025**, com a duração total de **12 horas e 45 minutos**.

Lisboa, 20 de Janeiro de 2026

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior
Área de Gestão da Formação

Declaração N.º 16526/2025/MC

/

Entidade Acreditada por Despacho Ministerial de 14-05-2001
(Processo de Renovação nº 080/09-04-2001 – ACSS)

Anexo V - Certificado 1º Prémio *Poster* XXVI Congresso Nacional & X Internacional APEO

**CERTIFICADO
1º PREMIO
PÓSTER**

**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 a Comissão Científica do XXVI Encontro Nacional e X Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), atribuiu o 1º Premio ao Póster "*Benefícios do banho em Snaddle no recém-nascido*"

Da autoria de *Carolina Viana, Mariana Camacho, Sophia Afecto, Inês Jordão, Manuela Néné & Dora Carteiro*,
apresentado presencialmente por *Carolina Viana*, na Fundação Engenheiro António de Almeida – Porto, em 5 de maio
de 2025

Assinado por: VITOR MANUEL LEÃO BAPTISTA
VARELA
Num. de identificação: 11531478
Data: 2025.05.15 21:25:14 +0100



Presidente da Comissão Científica

Assinado por: Márcio Filipe Moniz Tavares
Num. de identificação: 11531478
Data: 2025.05.14 23:27:44 +00'00'

Anexo VI - Certificado 2ª Conferência Internacional APCLC /IBCLC
Amamentar fora da caixa: Ao encontro das famílias.

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE

Inês Jordão ,

PORTADORA DO CARTÃO DE CIDADÃO N° 13512674 E N° IBCLC L-309080

esteve presente na

CONFERÊNCIA "Amamentar Fora da Caixa: Ao Encontro das Famílias"

•

DURAÇÃO: 6H00

5,5 L-CERPS e 0,5 E-CERPS 325128K

1,75 L CERPS - Patologia; 1 L-CERP Desenvolvimento e Nutrição; 1L CERP-Psicologia; 1,5 L-CERPS Psicologia e Sociologia; 0,25 L-CERPS Farmacologia; 0,5 E-CERPS Competências clínicas)

•

2ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL APCLC | IBCLC

AMAMENTAR FORA DA CAIXA: AO ENCONTRO DAS FAMÍLIAS no dia 7 de novembro de 2025

RAQUEL RIPADO CHAVES
Presidente APCLC | IBCLC

Raquel Chaves

Figueira da Foz, 7 de novembro de 2025

APCLC | IBCLC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS CONSULTORES DE LACTAÇÃO
CERTIFICADOS

Anexo VII - Certificado Workshop “Maria Antónia Martins – Ferida da Mulher Lactante”



 2ª. CONFERÊNCIA
INTERNACIONAL APCLC
amamentar fora da caixa

CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE

Inês Jordão ,

PORTADORA DO CARTÃO DE CIDADÃO Nº 13513674 E Nº IBCLC L-309080

esteve presente no

Workshop “Maria Antónia Martins – Ferida da Mulher Lactante”

•

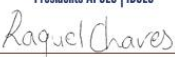
DURAÇÃO: 1H30

1,5 L-CERPS (Técnicas)

325128K

•

2ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL APCLC | IBCLC
AMAMENTAR FORA DA CAIXA: AO ENCONTRO DAS FAMÍLIAS

RAQUEL RIPADO CHAVES
Presidente APCLC | IBCLC


 **APCLC | IBCLC**
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DOS CONSULTORES DE LACTAÇÃO
CERTIFICADOS

Figueira da Foz, 6 de novembro de 2025

Anexo VIII - Comprovativo de Submissão do Artigo Scoping Review

08/05/26, 08:40

Escola Superior Saúde Cruz Vermelha Portuguesa Correio - Submissão da Scoping Review



Inês Pereira 9209 <inespereira9209@esscvp.eu>

Submissão da Scoping Review

4 mensagens

30 de abril de 2026 às 10:45

Exmos. Senhores,

Venho por este meio submeter o manuscrito intitulado "Administração de ocitocina sintética durante o trabalho de parto e estabelecimento do aleitamento materno: scoping review", para consideração de publicação na vossa revista.

Declaramos que o manuscrito é original, não foi previamente publicado e não se encontra sob consideração para publicação noutra revista. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e concordam com a sua submissão.

Em anexo, seguem o manuscrito e a declaração de autores.

Ficamos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,
Carolina Viana Fernandes

2 anexos



declaração autores assinada salutis.pdf
435K



SCOPING_REVIEW - Administração de ocitocina no trabalho de parto e o estabelecimento do aleitamento materno.docx
6226K

30 de abril de 2026 às 12:40

Cara Autora,

Acusamos a recepção do artigo. No entanto, o mesmo necessita de revisão:

- Usar o template actual relativo à tipologia de artigo escolhida, disponível no site (a secção do resumo/abstract não está como no modelo)
- Todos os autores devem ter a mesma afiliação (1): Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. Os 5 autores devem ter a afiliação com o número 1.
- Colocar asterisco no nome da autora para correspondência depois do 1 (exemplo: Francisca Melo^{1*})
- Saltar 2 linhas antes de cada grande título azul
- Não saltar linha depois de subtítulo a preto
- Na lista final de referências, rever bem a norma:
 - Os títulos dos artigos devem começar com maiúscula
 - Há artigos que não têm indicação das páginas, outros não têm volume nem páginas
 - Colocar a cidade da editora de livros
- Os títulos das Tabelas/Figuras devem estar a preto (ver modelo)
- A Figura 1 deve ter o mesmo tamanho de letra em todos os retângulos.

Ficamos a aguardar nova submissão com estes pontos corrigidos.

Melhores cumprimentos

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=2d1530d487&view=pt&search=all&permthid=thread-f:1863888262352778610&simpl=msg-f:1863888262352...> 1/3

Marta Aires de Sousa
Presidente

Conselho de Direção
President of the Board
(+351) 213 616 790
[Avenida de Ceuta, 1](#), Piso 14, 1300-125 Lisboa



www.esscvp.eu



[Citação ocultada]

5 de maio de 2026 às 11:05

Cara Autora,

Agradeço a nova versão. Peço que coloque o ano na referência assinalada usando o documento em anexo onde fiz alterações de formatação.

Cumprimentos



Marta Aires de Sousa
Editora
Editora

[Avenida de Ceuta, 1](#), piso 14 | 1300-125 Lisboa, Portugal
Tel: +351 21 361 6790 Ext: 242
msousa@esscvp.eu
www.esscvp.eu

[Citação ocultada]

 **S:** [redacted] **ocx**
8380K

5 de maio de 2026 às 16:56

Boa tarde,

Conforme indicado, envio o documento com a correção da referência assinalada.
Peço desculpa relativamente à formatação, compreendi agora que saltei duas linhas após e não antes dos grandes títulos azuis.

Muito obrigada,

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=2d1530d487&view=pt&search=all&permthid=thread-f:1863888262352778610&simpl=msg-f:1863888262352...> 2/3