



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Contributos para Salvaguardar os Direitos Sexuais e
Reprodutivos das Mulheres Migrantes**

Sara Maria Dias dos Santos



Lisboa
2024

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
Relatório de Estágio

**Contributos para Salvaguardar os Direitos Sexuais e
Reprodutivos das Mulheres Migrantes**

Sara Maria Dias dos Santos



Orientador: Professora Madalena da Silva Ferreira Salgado de
Oliveira




Lisboa
2024

“Nem todos podemos fazer grandes coisas, mas podemos fazer pequenas coisas com grande amor”

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

A todos os meus Amigos e Amigas, às minhas companheiras de mestrado, às minhas professoras e orientadora Professora Madalena que tanto me ensinaram, às mulheres, casais e bebês que passaram por mim, às minhas orientadoras de estágio e, principalmente à minha Família 

Obrigada!

Obrigada por me ouvirem desabafar em qualquer sítio e a qualquer hora, por partilharmos algumas lágrimas, muitos sorrisos e abraços apertados! Obrigada por me encorajarem! Obrigada por não me deixarem e aceitarem as minhas muitas ausências nos últimos anos!

Fui iluminada pelas mais brilhantes estrelas do céu e ao meu lado tenho Os Melhores deste mundo!

ADORO-VOS, sem vocês não seria possível chegar até aqui!

Lista de siglas

ACM - Alto Comissariado para as Migrações

ABCF - Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

APA - *American Psychological Association*

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

CCU - Cancro do Colo do Útero

CTG - Cardiotocograma

DGS - Direção Geral da Saúde

EC- Ensino Clínico

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EV - Endovenoso

HPV - Vírus Papiloma Humano

INE – Instituto Nacional de Estatística

JBI - *Joanna Briggs Institute*

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

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

POP - Prolapsos de Órgão Pélvico

RN – Recém-Nascido

RS – Revisão de *Scoping*

SP - Sala de Partos

SPC - Sociedade Portuguesa da Contraceção

SPG- Sociedade Portuguesa de Ginecologia

SPMR - Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

SUGO - Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

Resumo

O presente relatório descreve o percurso de aprendizagem ao longo dos vários contextos de ensino clínico, para alcançar as competências de mestre e especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia com base na teoria das transições da teórica Afaf Meleis.

Vivemos num país multicultural, no qual a população migrante aumenta exponencialmente, emergindo barreiras tanto para quem chega ao país de acolhimento, bem como para quem cuida desta população. Assim, para melhorar a qualidade de cuidados prestados às mulheres migrantes, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (SSR), foi importante explorar o tema contribuindo para salvaguardar os seus direitos sexuais e reprodutivos.

Começou por se realizar o mapeamento da evidência científica através de uma Revisão de *Scoping* (RS), segundo o *Joanna Brigs Institute* (JBI), sobre as perceções dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes acerca das necessidades de cuidados destas no âmbito da SSR. Posteriormente, deu-se início ao estudo exploratório descritivo para explorar a opinião dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as competências necessárias para a abordagem da SSR e as estratégias existentes e necessárias para melhorar a qualidade de cuidados nesta área. Foram realizadas 8 entrevistas e o seu conteúdo analisado segundo as várias fases de Bardin.

Os resultados do estudo destacam a necessidade de investir no conhecimento sobre diversas culturas para alcançar competência cultural, essencial para salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes. Um cuidado culturalmente competente irá permitir-lhes uma transição positiva nas várias etapas do ciclo de vida, ao mesmo tempo que proporciona ao profissional, habilidades para que se sinta preparado e realizado no seu papel de cuidador.

Este percurso permitiu-me desenvolver conhecimentos e habilidades para cuidar, de forma eficaz e culturalmente competente, das mulheres e seus conviventes significativos no âmbito da saúde materna e obstetrícia.

Palavras-chave: Enfermagem, Mulher migrante, Cuidar, Saúde Sexual e Reprodutiva

Abstract

This report describes the learning pathway through the various clinical teaching contexts to achieve the competencies of master and specialist in maternal health and obstetric nursing, based on the theory of transitions by Afaf Meleis.

We live in a multicultural country in which the migrant population is growing exponentially, creating barriers both for those who arrive in the host country and for those who care for this population. Therefore, in order to improve the quality of care provided to migrant women in the field of sexual and reproductive health (SRH), it was important to explore the issue, helping to safeguard their sexual and reproductive rights.

The first step was to map the scientific evidence through a Scoping Review (SR), according to the Joanna Brigs Institute (JBI), on the perceptions of professionals working with migrant women about their care needs in the field of SRH. A descriptive exploratory study was then carried out to explore the opinions of professionals working with migrant women on the skills needed to deal with SRH and the existing and necessary strategies to improve the quality of care in this area. Eight interviews were conducted and their content analyzed according to Bardin's various stages.

The results of the study highlight the need to invest in knowledge about different cultures in order to achieve cultural competence, which is essential for safeguarding migrant women's sexual and reproductive rights. Culturally competent care will enable them to make a positive transition through the various stages of the life cycle, while at the same time providing professionals with the skills to feel prepared and fulfilled in their role as caregivers.

This course has enabled me to develop the knowledge and skills to provide effective, culturally competent care for women and their significant others in the field of maternal health and obstetrics.

Keywords: Nursing, Migrant women, Caring, Sexual and reproductive health

Índice

Introdução	11
1. Enquadramento conceptual e teórico.....	14
1.1. Migração e Multiculturalidade	14
1.2. Vulnerabilidade.....	15
1.3. Cuidados culturalmente sensíveis e competência cultural	15
1.4. Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Sexuais e Reprodutivos.....	16
1.5. Acesso aos Cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva.....	17
1.6. O EEESMO e a Educação para a Saúde.....	17
1.7. O EEESMO como parceiro na transição positiva das mulheres migrantes	18
2. Metodologia.....	20
2.1. Prática baseada na evidência	20
2.2. Revisão <i>Scoping</i>	20
2.3 Estudo Exploratório e Descritivo.....	23
3. Percurso de aquisição de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	25
3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista	25
3.2. Competências específicas do EEESMO	26
3.2.1. Percurso para a aquisição da competência cultural.....	47
4. Apresentação e discussão de resultados.....	51
4.1 Caracterização dos participantes.....	51
4.2 Perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva	51
4.3. Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes	52
4.4. Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	56
4.5. Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área da saúde sexual e reprodutiva	58
5. Considerações Éticas	61
6. Limitações.....	62
Considerações finais e implicações para a prática.....	63

Referências bibliográficas.....	67
APÊNDICES.....	76
APÊNDICE I – Tabelas de extração de dados da RS	77
APÊNDICE II – Consentimento informado	83
APÊNDICE III – Análise de Conteúdo	86
Apêndice IV - Apresentação de sessão de educação para a saúde “cuidados pós parto/ <i>postpartum-care</i> ”	95
Apêndice V- Apresentação de sessão de sensibilização para a competência cultural	102
ANEXOS.....	113
ANEXO I- Síntese de atividades realizadas.....	114
.....	115
ANEXO II – Parecer positivo da comissão de ética.....	117
ANEXO III – Diploma de participação no Workshop Sutura Perineal Intraparto inserido no XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO.....	119

Índice de figuras

Figura 1- Diagrama Prisma - Adaptado do Prisma desenvolvido por <i>Moher et al</i> (2009), de acordo com JBI (2020).....	22
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Índice de quadros

Quadro 1: mnemônica PCC.....	21
Quadro 2 – Análise de conteúdo (categorias e subcategorias).....	24
Quadro 3 - Perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.....	52
Quadro 4: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira linguística.....	53
Quadro 5: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira cultural.....	54
Quadro 6: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira do cuidador	54

Quadro 7: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira organizacional	55
Quadro 8: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / iliteracia em saúde.....	56
Quadro 9: Percepção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / comunicação não verbal	57
Quadro 10: Percepção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / recurso a tecnologias	57
Quadro 11: Percepção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / recurso a documentos traduzidos	57
Quadro 12: Percepção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / recursos humanos.....	58
Quadro 13: Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de saúde sexual e reprodutiva / formação	59
Quadro 14: Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de saúde sexual e reprodutiva / agentes comunitários	60
Quadro 15: Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de saúde sexual e reprodutiva / políticas de saúde.....	60

Introdução

No âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foi proposta a elaboração do presente relatório de estágio (RE) que revela o culminar de dois semestres em Ensino Clínico (EC), numa Maternidade e Unidade de Saúde Familiar na região de Lisboa, no período entre 26 de setembro de 2022 e 14 de julho de 2023.

Neste percurso de aprendizagem, para atingir as competências de mestre, gerais e específicas como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), exigidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento nº140/2019 e Regulamento nº391/2019 (OE,2019) e pela *International Confederation of Midwives* (2019), foi implícita uma prática baseada na evidência (PBE) a par da reflexão crítica sobre a prática. Foi realizado um estudo empírico baseado no projeto desenvolvido na disciplina de Opção I e II, que previu contribuir para salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes.

O tema escolhido para este trabalho – “Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres Migrantes” – surge pelo fascínio de ser mulher, por ambicionar que os direitos humanos sejam assegurados para todas as mulheres e devido aos fenómenos migratórios serem uma realidade atual, com escassez de informação para a população migrante sobre cuidados de saúde e formas adequadas de acesso aos mesmos (Organização Internacional para as Migrações, 2022; Dias, et al. 2021)

O país que recebe esta população deve respeitar todos os direitos humanos proclamados na Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 2017), nomeadamente o direito à manutenção da saúde com cuidados culturalmente adaptados (OMS, 2022). É fundamental que a população migrante seja bem acolhida e ajudada no seu processo de transição e adaptação ao novo contexto.

Assistimos, nos últimos anos, a um aumento do número de mulheres migrantes em Portugal (Fundação Manuel dos Santos, 2024). Se o facto de ser migrante, independentemente da causa, coloca a pessoa em situação vulnerável (OMS, 2022), ser mulher faz uma dupla conjugação de vulnerabilidades devido às questões de género. As mulheres migrantes vivem a identidade de género construída no seu país de origem e lidam com as discriminações sexistas dos locais de acolhimento (Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres (PPDM), 2022). Pode ainda acontecer a algumas mulheres,

durante o percurso migratório, submeterem-se a processos de exploração por razões de sobrevivência (Bertoldo, 2017).

Sabe-se que por norma os migrantes chegam aos países de acolhimento em bom estado de saúde geral; no entanto, o processo de integração, as dificuldades em estabelecer uma rede social de apoio, empregos precários ou baixos rendimentos podem levar ao declínio das condições de saúde, tornando este grupo vulnerável (OMS, 2018).

A OMS (2015) defende que se tornam vulneráveis no âmbito da saúde sexual pessoas sem acesso a serviços de informação sobre sexualidade como, por exemplo, migrantes. É importante refletir sobre as barreiras que se colocam a estas mulheres no acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Segundo Alarcão et al. (2019), na Europa, nas últimas décadas, apesar de terem sido reconhecidos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e, dos princípios mencionados em 1994 na Conferência do Cairo e em 1995 na Conferência de Pequim, relativos aos direitos de igualdade e dignidade humana, particularmente em mulheres, ainda existem assimetrias, sobretudo étnicas em migrantes no usufruto desses mesmos direitos. O direito legal à igualdade e dignidade em saúde pode ser dificultado pela falta de conhecimento e limitações de competências dos profissionais de saúde (OMS, 2018).

Tendo em conta o mosaico multicultural do nosso país e o acima mencionado torna-se pertinente explorar o tema por forma a diminuir a vulnerabilidade das mulheres migrantes e desenvolver competências como futura enfermeira especialista também nestas situações. Assim, para dar suporte à temática, escolhi a Teoria das Transições de Afaf Meleis, na qual a autora defende a necessidade de criação de novas habilidades e comportamentos para lidar com o processo de transição.

Relativamente aos objetivos deste trabalho, pretende-se como objetivo geral:

Desenvolver competências científicas técnicas e relacionais ao longo dos vários EC, cuidando da mulher e recém-nascido, inseridos na família e comunidade nas diversas etapas do ciclo de vida;

Como objetivos específicos pretende-se o seguinte:

- ✓ Identificar a perceção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes relativa às necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
- ✓ Explorar a opinião dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes acerca das competências necessárias para a abordagem da sua saúde sexual e reprodutiva;

✓ Planejar estratégias que permitam salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes, nos vários contextos de ensino clínico.

Estes objetivos específicos permitirão desenvolver conhecimentos e competências técnicas e relacionais no cuidado às mulheres migrantes, inseridas na família e comunidade, tendo em vista cuidados culturalmente adaptados.

O presente relatório, cujo objetivo é descrever e analisar criticamente e, de uma forma fundamentada, todo o trabalho desenvolvido, será composto por seis capítulos:

O primeiro capítulo retrata o enquadramento teórico e conceptual. São abordados os principais conceitos que sustentam o trabalho como o conceito de migração, vulnerabilidade, saúde sexual e reprodutiva (SSR), cuidados culturalmente sensíveis e competência cultural, direitos sexuais e reprodutivos, o acesso aos cuidados em SSR, o papel do EEESMO na educação para a saúde e na transição positiva nas várias fases de vida da mulher, dando ênfase à teoria das transições de Afaf Meleis.

O segundo, revela as opções metodológicas do estudo de investigação realizado, bem como a metodologia utilizada para alcançar as competências previstas.

O terceiro capítulo descreve o percurso de desenvolvimento de competências de Mestre e de EEESMO ao longo de todos os ensinamentos clínicos, com enfoque na competência “cuida a mulher inserida na comunidade, promovendo cuidados de qualidade, culturalmente adaptados às necessidades da população”.

O quarto capítulo é centrado na discussão de resultados do estudo e o quinto, aborda as considerações éticas.

O sexto, remete para as limitações impostas ao processo de aprendizagem.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais englobando as implicações para a prática, prosseguindo com a bibliografia, os apêndices e os anexos.

Este relatório foi elaborado segundo as normas da ESEL: “Manual para a elaboração de trabalhos académicos e referenciação” (2023) e norma da *American Psychological Association* (APA), no “*Publication Manual of the American Psychological Association: the official guide to APA style*”, na sua 7ª edição (2020).

1. Enquadramento conceptual e teórico

Neste capítulo, pretende-se fundamentar e sistematizar os conceitos relativos ao tema do relatório, assim como abordar a Teoria das Transições de Afaf Meleis que suporta o mesmo. Foi realizada uma revisão da literatura nas Bases de Dados disponibilizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) – MEDLINE, CINAHL, SCOPUS; em documentos disponibilizados *online* por organizações internacionais – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), Organização Internacional para as Migrações (OIM), Organização Mundial da Saúde (OMS), Sociedade Portuguesa de sexologia Clínica (SPSC) e na plataforma *GOOGLE*.

1.1. Migração e Multiculturalidade

A migração faz parte da história de todos os povos sendo um tema atual, devido ao seu aumento dinâmico ao longo dos anos. Segundo dados do SEF em Portugal, em 2022, havia 781.915 pessoas estrangeiras a viver: 409.523 do sexo masculino e 372.392 do sexo feminino, a maioria na faixa etária entre os 20 e 50 anos de idade (SEF,2023).

O conceito de migração define-se pelo movimento de pessoas para longe da sua residência, quer seja dentro ou fora do seu país (OIM, 2019).

Os principais fatores de migração são a procura de segurança, fugindo de conflitos ou terrorismo, na busca de paz e usufruto dos direitos humanos; a redução da precariedade e pobreza, procurando novas oportunidades de emprego; assim como a fuga aos problemas de alterações climáticas ou desastres naturais (ONU, 2022).

Os migrantes são definidos pela OIM (2022), como pessoas que se deslocam através de uma fronteira internacional ou dentro de um Estado, mas longe da sua residência habitual, independentemente do seu estatuto de legalidade, do tempo da sua permanência no novo local, da deslocação ter sido voluntária ou não e independentemente das causas que levaram à mesma.

São vários os fatores que influenciam e são responsáveis pelas desigualdades em saúde na população migrante: fatores socioeconómicos, culturais, ambientais e os estilos de vida. Estes fatores podem explicar a situação de vulnerabilidade ao longo do processo de migração (OMS, 2018).

O conceito de multiculturalidade apesar de comum, pode ter várias definições (Bekh, V. et al. 2021, Sliz, A., Szczepanski, S. 2023). Segundo Bekh et al (2021), este conceito começou por significar um misto de nacionalidades e a expansão de identidades.

Posteriormente, foi percebido como uma multiplicidade de línguas e culturas, e mais tarde acaba por descrever a realidade demográfica de grandes cidades nas quais pessoas de diversas origens culturais coexistem.

Para Sliz, A., Szczepanski, S. (2023), o conceito multicultural define-se pela presença de vários grupos étnicos no mesmo espaço social ou de diferentes origens culturais. Segundo os mesmos autores, a multiculturalidade exige a adoção de projetos políticos especiais para que haja ordem social e diminuir o risco de ocorrência de conflitos, sendo este um desafio contemporâneo.

1.2. Vulnerabilidade

A população migrante ao chegar ao país de acolhimento apresenta um bom estado de saúde geral, e é durante o processo de integração que esta pode diminuir, influenciando o seu bem-estar. Por este motivo, a OMS considera vulnerável a população migrante, independentemente dos fatores que a levaram ao ato de emigrar (OMS, 2022).

Assim sendo, o termo vulnerabilidade no contexto da migração significa ter uma capacidade limitada para evitar, lidar ou recuperar de um problema resultante da interação no novo contexto (OIM, 2019).

Na literatura são conhecidas algumas das barreiras colocadas à população migrante como, por exemplo, as barreiras linguísticas e culturais, por serem fatores que podem facilitar ou não a sua integração (Bernardino et al., 2022) e as barreiras nas restrições aos serviços de saúde, por desinformação, levando à degradação do bem estar geral e à possibilidade de doença (OMS 2022). Devem ser os países de acolhimento a permitir que a população migrante usufrua do seu direito à saúde com cuidados culturalmente adaptados.

1.3. Cuidados culturalmente sensíveis e competência cultural

Cuidados culturalmente sensíveis relacionam-se com atitudes e com a forma de comunicação do cuidador. A competência cultural significa ter conhecimentos e habilidades que permitam prestar cuidados congruentes com as crenças e práticas culturais dos utentes (Purnell, 2008). Isto é, o cuidado cultural envolve ações de promoção de saúde e bem-estar com base cultural, por forma a adaptar-se aos modos de vida e necessidades de determinada população (Leininger, 1998).

Para adquirir esta competência no cuidar não basta conhecer as diferentes culturas, mas sim adquirir habilidades para compreender e integrar as representações

culturais de cada população ou grupo, neste caso em específico as suas representações sobre saúde sexual e reprodutiva.

1.4. Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos Sexuais e Reprodutivos

Saúde sexual é um estado de bem-estar físico, mental, emocional e social em relação à sexualidade. É necessária uma abordagem de respeito pela sexualidade, assim como dada a possibilidade de ser vivida de forma segura, livre de coerção, discriminação e violência. A sexualidade é uma componente do ser humano, que o acompanha por toda a vida, na qual se insere o prazer, a intimidade, o sexo, identidade, papéis de gênero e reprodução. A saúde sexual promove ao casal disfrutar de uma vida sexual segura e satisfatória escolhendo quando e com que frequência pretendem ter filhos (OMS, 2015). Desta forma torna-se claro que é um direito de todos estarem informados acerca do seu próprio corpo e dos métodos contraceptivos existentes. A sexualidade é também influenciada pela cultura, crenças, valores, contexto social, político, fatores religiosos e espirituais. Por sua vez, a saúde reprodutiva define-se por um estado de bem-estar físico e mental, emocional e social relacionado com o sistema reprodutor.

A falta de conhecimentos sobre saúde sexual e reprodutiva, a falta de acesso a serviços nesta área, as crenças, a cultura e o nível socio económico são fatores que colocam as mulheres em maior grau de vulnerabilidade, afastando-as dos cuidados de saúde, por vezes relacionados com situações de ilegalidade, desprovendo-as da sua autonomia no que remete para a capacidade de reflexão e decisão esclarecidas sobre o seu corpo (SPSC, 2019). A OMS (2015), remete ainda para o facto de serem particularmente vulneráveis as migrantes não legalizadas ao serem violados os seus direitos de acesso à saúde sexual que, por medo de serem deportadas, ou pelas barreiras linguísticas existentes, não acedem aos serviços de saúde. Afirma ainda que os direitos humanos, onde está incluído o direito à saúde, devem ser universais e não limitados aos cidadãos do país, abrangendo todos os que lá vivem independentemente do seu estado de legalidade.

Assim, ao falar de saúde sexual e reprodutiva em mulheres migrantes, relembra-se a importância dos direitos sexuais como componente dos Direitos Humanos, declarados em 1948 pelas Nações Unidas. Os Direitos Sexuais e Reprodutivos contribuem para a igualdade, dignidade e liberdade, para a integridade, tolerância e

aceitação, sendo fundamentais para viver uma sexualidade positiva (Federação Portuguesa do Planeamento Familiar, 2008).

Ao permitir a universalidade dos cuidados em saúde sexual, o acesso à informação, a meios de contraceção, controlo de fertilidade e aborto, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis e disfunções sexuais provenientes de mutilação genital ou violação sexual, promovem-se experiências sexuais seguras, prazerosas, livres de coerção e violência (OMS, 2015).

1.5. Acesso aos Cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva

De acordo com a carta dos direitos sexuais e reprodutivos da Federação Internacional de Planeamento Familiar (2024), todas as pessoas têm direito a receber informação livre de discriminação, por forma a decidirem livremente e de forma esclarecida sobre a sua saúde. No entanto, segundo a Sociedade Portuguesa de Contraceção (2021) ainda existem dificuldades no acesso a essa informação pela própria população portuguesa, levando a pensar que, se assim é para os nativos, pior será para a população migrante.

1.6. O EEESMO e a Educação para a Saúde

A Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável, elaborada por membros da ONU em 2015, é composta por dezassete objetivos com a finalidade de garantir a toda a população mundial o seu potencial de saúde com equidade e dignidade num ambiente sustentável (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2022). No caso da população migrante, estes objetivos remetem para a promoção da literacia em saúde, para que também esta possa usufruir dos seus direitos sem desigualdades.

Segundo Pedro et al. (2016), ao longo dos anos o conceito “Literacia em Saúde” tem evoluído. Kickbusch et al. citado por Pedro et al. (2016), define literacia em saúde como uma capacidade de tomada de decisões informadas sobre qualquer tema no seu dia-a-dia. Literacia em Saúde é uma forma de promover o controlo do próprio sobre a sua saúde, procurando informação e capacitando-o de escolhas responsáveis.

Segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (DR, 2019), o Enfermeiro com base em conhecimentos aprofundados informa e orienta a mulher nas diversas etapas da sua vida sobre os recursos disponíveis, respondendo às suas necessidades, proporcionando-lhes escolhas informadas.

Assim, apresenta-se como desafio promover medidas inclusivas eficientes a esta população, melhorando a sua qualidade de vida, reduzindo as desigualdades e aumentando os ganhos em saúde.

1.7. O EEESMO como parceiro na transição positiva das mulheres migrantes – Teoria das Transições

Como referencial teórico para suportar este trabalho optei pela Teoria das transições de Afaf Meleis – uma teoria de médio alcance de interesse relevante para a enfermagem, uma vez que atuamos junto de pessoas que podem estar a passar por uma ou mais fases de transição, sejam físicas, geográficas ou emocionais, e também pelo facto de a multiculturalidade ser cada vez mais prevalente, levando a que os profissionais passem por transições significativas nas suas abordagens de cuidados, refletindo uma transformação no seu próprio trabalho.

Meleis (2010), define transição como um processo contínuo de mudanças de uma condição ou local para outro. Esta transição faz-se ao longo do tempo, sendo este limitado, mas variável de indivíduo para indivíduo. As vivências das transições, mesmo que semelhantes, são experienciadas por cada pessoa de forma diferente, sendo consideradas fenómenos individuais, isto é, as transições são vividas de acordo com a perceção e capacidade de adaptação à mudança de cada indivíduo perante a situação. É necessária uma perceção desta modificação por forma a eliminar possíveis barreiras à transição. Esta requer uma rutura com uma situação atual e capacidade de resposta às alterações apresentadas durante esse processo na aquisição de um novo papel.

De acordo com Meleis (2010) as transições podem ser saudáveis ou não consoante a perceção e compreensão da pessoa, de novos conhecimentos e papéis. Numa transição saudável espera-se que haja aquisição de novas competências e sentimentos de identidade com o novo papel, pressupõe conectividade e posterior estabilidade.

Meleis (2010) considera que as transições classificam-se consoante a sua natureza, a existência de fatores facilitadores ou inibidores das transições, e de acordo com os diferentes padrões de resposta à transição.

Quanto à natureza das transições surgem quatro tipos: de desenvolvimento – aquelas que se relacionam com o ciclo de vida; situacionais – associadas a acontecimentos de alteração de papéis; saúde/doença – desencadeadas por mudanças

do estado de bem-estar para estado de doença; e organizacionais – relacionadas com alterações ambientais, sociais, políticas, económicas ou organizacionais.

Relativamente aos fatores facilitadores ou inibidores das transições estes são de carácter pessoal - englobam os significados, crenças, atitudes, classe socioeconómica, o *self* e o conhecimento de cada um. Para a autora estes fatores são influenciados pelo ambiente, isto é, pelos recursos que a comunidade/contexto oferece. Os recursos revelam-se facilitadores quando existe apoio de comunidades, serviços de saúde com informações fidedignas e acessíveis à população. Quando os recursos são insuficientes, ou inadequados, com estereótipos ou preconceitos podem revelar-se como inibidores ao processo de transição (Meleis, 2010).

Segundo Meleis (2010) a enfermagem relaciona-se com o processo de transição ao poder identificar situações de vulnerabilidade, promovendo e influenciando padrões de resposta positivos nas pessoas em processo de transição.

Com este trabalho pretende-se, através de estratégias implementadas pelo EEESMO, facilitar o processo de transição que ocorre em pessoas imigrantes, sendo esta designada por uma transição situacional e organizacional. É esperado que a pessoa migrante consiga envolver-se, consciencializar-se, sentir-se integrada e arranjar estratégias de confiança e *coping* para alcançar nova homeostasia, assimilando o novo papel (Meleis, 2010).

2. Metodologia

Este capítulo descreve a metodologia utilizada para atingir os objetivos propostos neste relatório de estágio.

2.1. Prática baseada na evidência

À medida que a ciência evolui, cada um de nós, enquanto profissional, tem o dever de adquirir novos conhecimentos, habilidades e desenvolver comportamentos perspetivando a qualidade dos cuidados. Esta atualização faz-se através da evidência científica, sendo necessário a adoção de uma prática baseada em evidência atual (PBE).

Segundo a OE (2020),

A prática baseada na evidência é um instrumento impulsionador da profissão, que dá visibilidade à investigação e é promotora da melhoria da qualidade dos cuidados, pondo ainda a tónica no uso de pesquisas para orientar a tomada de decisão clínica, assente em regras de avaliação da literatura científica. (OE,2020)

Assim, como forma de aumentar o conhecimento, numa primeira fase, foi realizada uma revisão *scoping* (RS), descrita no subcapítulo seguinte.

Durante todo o ensino clínico (EC) foi adotada uma prática baseada na evidência, associada à prática reflexiva, consubstanciada nas reflexões efetuadas ao longo e no final de cada contexto, na partilha de experiências nos momentos de orientação tutorial e seminários de análise das práticas.

2.2. Revisão *Scoping*

Para adquirir habilidades que permitam contribuir para melhorar a prestação de cuidados às mulheres migrantes, comecei por identificar as perceções dos profissionais que trabalham com estas mulheres, sobre as necessidades de cuidados das mesmas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Assim, de acordo com o manual de *JBI* (2020), foi realizada uma RS por forma a mapear a evidência científica disponível sobre o tema. O **título** desta revisão é: "Perceção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão *scoping*". O **objetivo** foi identificar a perceção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes, sobre os cuidados às mesmas, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Conforme o preconizado pelo *JBI* (2020) através da mnemónica PCC (população, conceito e contexto) foi realizada o seguinte quadro:

População	Profissionais que trabalham com mulheres migrantes
Conceito	Cuidados
	Saúde sexual
	Saúde reprodutiva
Contexto	-----

Quadro 1: mnemónica PCC

Os **critérios de inclusão** tiveram em conta o tipo de participantes, o conceito, contexto e os tipos de fontes de evidência: Foram incluídos todos os estudos em que participaram profissionais que trabalham com mulheres migrantes; foram considerados os conceitos “cuidados”, “saúde sexual” e “saúde reprodutiva”. O Contexto não foi considerado relevante para o estudo. Foram tidos como **critérios de exclusão** os artigos não disponíveis em texto integral.

Relativamente aos **tipos de fontes de evidência**, foram considerados estudos qualitativos, quantitativos e mistos que foram ao encontro dos critérios de inclusão, em língua inglesa, espanhola e portuguesa.

A **estratégia de pesquisa** definida conforme o descrito pelo *JI* (2020), foi planificada em três etapas distintas, sendo que a última pesquisa ocorreu entre setembro de 2023 e janeiro de 2024.

Na primeira etapa, para identificar os principais conceitos relacionados com o tema foi efetuada uma pesquisa no *Google Académico*.

Posteriormente, foram efetuadas várias pesquisas na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados *MEDLINE complete*, *SCOPUS* e *Web of Science*. Através da leitura de títulos e resumos dos artigos foi possível identificar os termos naturais e, através de pesquisa nos “termos *mesh*”, identificados os termos indexados para dar resposta à questão de investigação.

Na segunda etapa foi realizada nova pesquisa com os termos encontrados nas três bases de dados. Inicialmente foram combinados os termos naturais com os respetivos termos indexados com o operador booleano “OR” e, de seguida, esses resultados foram combinados com o operador booleano “AND”. Foi obtido 1 artigo na base de dados da *MEDLINE complete*, 2 artigos na base de dados *SCOPUS* e 12 artigos na base de dados *Web of Science* aos quais foram aplicados os seguintes filtros: texto integral, últimos 6 anos (para obter a evidência mais atual sobre a temática).

Na terceira etapa foi ainda analisada a bibliografia dos artigos selecionados, com o objetivo de identificar estudos adicionais e realizada a seleção dos artigos relevantes

para o objetivo da pesquisa. Foram incluídos nesta revisão *scoping* três artigos selecionados em literatura cinzenta. Foi elaborado o diagrama prisma, adaptado do *Prima Flow Diagram* (Aromataris, 2020), resumindo a pesquisa, conforme se observa no seguinte diagrama:

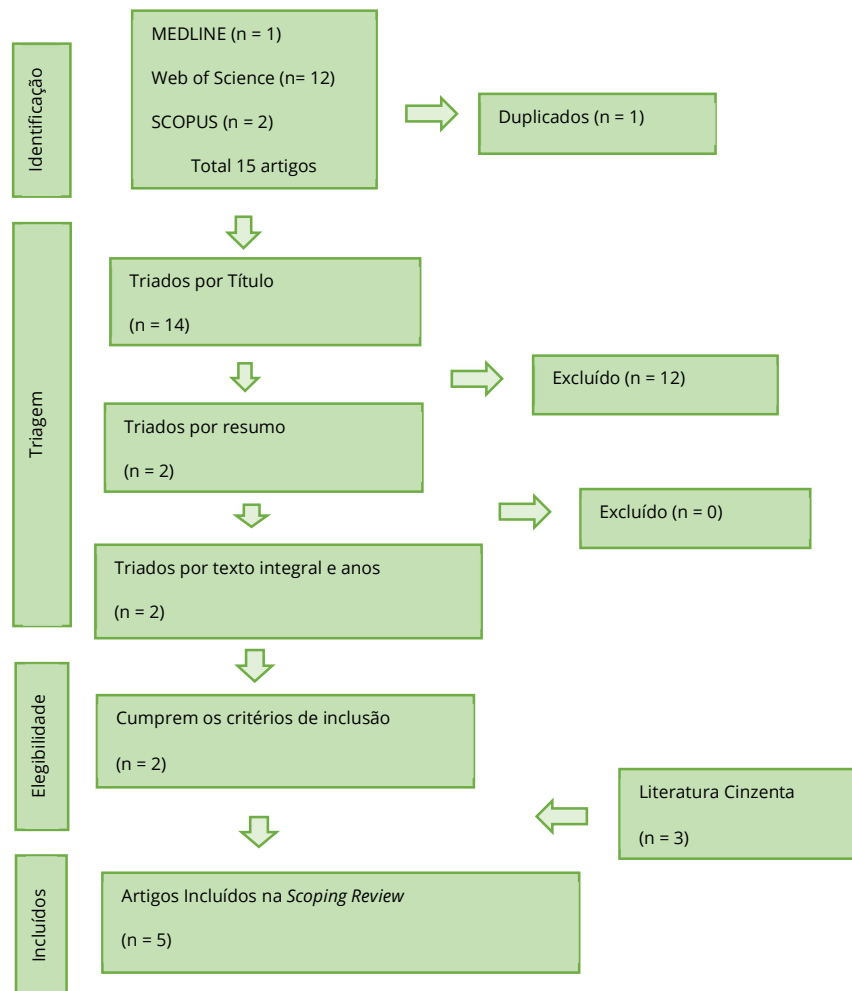


Figura 1- Diagrama Prisma - Adaptado do Prisma desenvolvido por *Moher et al* (2009), de acordo com JBI (2020)

Para a **extração de dados** foi utilizada como instrumento uma tabela por artigo por forma a sistematizar os resultados em função dos objetivos da RS. Estas tabelas, nas quais constam o título, autores, ano da publicação e local do estudo, objetivo, metodologia e principais resultados, podem ser visualizadas no apêndice I.

Os resultados da RS serão utilizados para discussão no quarto capítulo deste trabalho, no confronto com os resultados obtidos na investigação primária.

2.3 Estudo Exploratório e Descritivo

Após realização da RS, desenvolveu-se um **estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa**, com o intuito de explorar a opinião dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes, acerca das competências necessárias para a abordagem da SSR e planejar estratégias que permitam salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres, nos vários contextos de EC.

A **população** alvo deste estudo foi composta por profissionais que trabalham com mulheres migrantes, selecionados, de forma intencional, tendo como critério de inclusão, intervirem no âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

A **amostra**, caracterizada no capítulo 4, foi constituída por oito participantes EEESMO.

O **método** escolhido para a recolha de dados foi a entrevista por permitir compreender um fenómeno experienciado pelas participantes (Fortin, 2009). Para tal, foi elaborado um guião de entrevista semi-estruturada. Previamente à entrevista foi explicado e fornecido um documento relativo ao consentimento informado com os objetivos do estudo para que fosse assinado por ambas as partes (apêndice II). As entrevistas foram realizadas fora do período dos EC e gravadas com auxílio de gravador. Cada entrevista teve em média trinta minutos. A informação obtida junto das profissionais foi analisada segundo o método de análise de conteúdo de Bardin. As entrevistas foram transcritas na íntegra e atribuídos códigos como, por exemplo, "A1" e assim consecutivamente. O seu conteúdo foi estudado em três etapas: uma pré-análise por leitura flutuante, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos (Bardin, 2016).

Após leitura flutuante, os dados foram agrupados em categorias apriorísticas - as que surgiram com base na RS efetuada à priori - e categorias não apriorísticas que emergiram do contexto das respostas dos sujeitos da pesquisa. Algumas das categorias foram subdivididas em subcategorias. Por fim, as respostas das participantes foram segmentadas em unidades de registo e alocadas nas categorias e subcategorias correspondentes. O quadro abaixo evidencia as categorias e subcategorias que resultaram da análise realizada.

Categorias	Subcategorias
Perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva	Acesso tardio vigilância da gravidez
	Complicações decorrentes da gravidez / doença/ aborto
Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes	Barreira organizacional
	Barreira linguística
	Barreira cultural
	Barreira do cuidador
	Iliteracia em saúde
Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	Comunicação não verbal
	Recurso a tecnologias
	Recurso a documentos traduzidos
	Recursos Humanos
Sugestões para melhoria de cuidados na área de SSR	Formação
	Agentes comunitários
	Políticas de saúde

Quadro 2 – Análise de conteúdo (Categorias e subcategorias)

Os resultados do estudo efetuado serão apresentados e discutidos juntamente com os resultados obtidos na RS, no capítulo 4. No apêndice III pode ser consultada na íntegra o quadro de análise de conteúdo.

3. Percurso de aquisição de competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Neste capítulo será descrito o percurso de aprendizagem para desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e para alcançar o grau de mestre, de acordo com o emanado pela Ordem dos Enfermeiros, nos regulamentos de competências específicas do EEESMO n.º 391/2019, e competências comuns do enfermeiro especialista n.º 140/2019, dando continuidade à investigação em estudo nos diversos contextos de estágio, tendo presente as considerações éticas inerentes à condição de estudante e disciplina de enfermagem.

3.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista refletem o padrão para todos os enfermeiros especialistas, tendo em vista uma elevada qualidade de cuidados através de formação, investigação, conceção, gestão, supervisão e partilha de conhecimentos (OE, 2019).

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, durante os EC, as decisões que tomei foram sempre validadas com o meu orientador clínico, com juízo crítico à luz da evidência científica desta especialidade perante as diversas situações, seguindo o quadro deontológico da profissão de enfermagem. Os resultados dessas tomadas de decisão foram refletidos no final de cada turno por forma a garantir boas práticas. Em todos os procedimentos respeitei os valores, a cultura, a privacidade, e mantive a confidencialidade dos utentes e suas famílias, indo ao encontro do respeito pelos direitos humanos.

No domínio da gestão de cuidados colaborei com a equipa multidisciplinar - médicos, assistentes operacionais, assistentes sociais ou fisioterapeutas - de acordo com a necessidade de cada utente referenciando, sempre que necessário, o mesmo para outro prestador de cuidados de saúde.

Quanto ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais tentei sempre gerir as minhas emoções, evitar conflitos, reconhecer os meus limites enquanto pessoa e profissional, estabelecendo boas relações terapêuticas com utentes e entre os elementos da equipa multidisciplinar.

Durante a minha prática intervim à luz da evidência científica atual. Nos vários EC foi oportuno disseminar entre pares os resultados da minha RS e, no EC de ginecologia, por solicitação do serviço, elaborei uma apresentação sobre a consulta de enfermagem e contraceção em mulheres com patologia cardiovascular, bem como, no EC de puerpério realizei uma apresentação na qual partilhei com os pares a minha experiência enquanto aluna, nesse campo de estágio, sensibilizando para a importância da competência cultural ao cuidar de uma população cada vez mais diversa (apêndice V).

3.2. Competências específicas do EEESMO

As competências específicas do EEESMO têm como foco a mulher no âmbito do seu ciclo reprodutivo e os seus conviventes significativos, tendo em consideração o ambiente que os rodeia (OE, 2019). No anexo I apresenta-se a síntese do registo de atividades realizadas ao longo de todo o EC.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, em idade fértil, e durante o período preconcecional

Para alcançar esta primeira competência prestei cuidados a utentes num centro de saúde e numa consulta inserida numa maternidade ambos em Lisboa.

De acordo com a Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPC), Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR), (2020), é fundamental aconselhar e garantir um método contracetivo.

“As utentes devem ser informadas corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis, promovendo o profissional de saúde condições para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas. Os profissionais de saúde que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva devem estar atualizados e informar sistematicamente sobre: uso correto, eficácia, possíveis efeitos adversos, riscos, benefícios não contracetivos, atitude a tomar em caso falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos” (SPC, SPG, SPMR, 2020, p.10).

Nestas consultas realizei o preenchimento do boletim de planeamento familiar da utente e planeei os meus cuidados de acordo com as necessidades apresentadas: falei sobre aconselhamento de métodos contracetivos, tentei perceber a capacidade de adaptação de mulheres e parceiros aos mesmos, conversei sobre importância de prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, encaminhei utentes para o médico assistente por queixas de perdas hemáticas anómalas, dispareunia e secreta vaginal,

informando-as sobre alguns métodos que podem utilizar para diminuir esses desconfortos como, por exemplo, mudar de posição nas relações sexuais e utilizar lubrificantes à base de água. Durante as consultas houve ainda oportunidade para falar sobre sexualidade com utentes acima dos 60 anos, quebrando o tabu de que a sexualidade é só para os mais jovens e enfatizando a noção de que a sexualidade nos acompanha durante todo o ciclo de vida. Falámos sobre afetos e sobre a importância de prevenir infeções sexualmente transmissíveis. Devido à proximidade entre enfermeiro-utente, ouvi desabafos de utentes relativos à sua vida pessoal. Nestas situações a escuta ativa e empática foi a ferramenta utilizada. Considero ter sensibilidade tanto na linguagem que utilizo como nos cuidados que presto aos meus utentes, por forma a minimizar o sofrimento e/ou medo face às situações vivenciadas no momento. Tenho a certeza da importância do papel do enfermeiro no acolhimento, estabelecimento de relação empática com utentes, por forma a que estes voltem à consulta por sua iniciativa e tornem-se eles próprios agentes responsáveis da sua saúde.

Ainda no âmbito das consultas de planeamento familiar e, de acordo com o parecer nº39/2013 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), tive oportunidade de participar nos rastreios realizados pelo EEESMO, explicando às utentes o que é o exame, o seu objetivo, importância de manter vigilância e dando apoio emocional durante a realização da observação ginecológica e colheita de células para análise.

Assim, tal como descrito nas competências específicas do EEESMO (OE, 2019), nas consultas de planeamento familiar, sob supervisão da orientadora clínica, cuidei de mulheres durante o período pré-concepcional, intervindo na educação para a saúde, promovendo uma vivência positiva da sexualidade, gravidezes e parentalidade planeadas.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Para responder aos requisitos desta competência prestei cuidados a mulheres grávidas e seus conviventes significativos num centro de saúde e maternidade em Lisboa.

A vigilância de gravidez pretende avaliar o bem-estar materno e fetal por forma a detetar atempadamente situações ou fatores de eventual risco. É essencial fomentar uma relação de confiança e confidencialidade entre profissionais e os elementos do casal

grávido facilitadores da expressão de sentimentos, dúvidas e expectativas relativas com a gravidez e parentalidade.

Nas consultas de vigilância é promovida a educação para a saúde e apoio psicossocial, assim como são gerados momentos oportunos para preparação do parto e parentalidade incluindo informação sobre deveres e direitos parentais. É fundamental assegurar à mulher/casal/pessoa significativa informação fidedigna para que estes possam decidir de forma esclarecida o que é melhor para si (DGS, 2015).

Uma vez que a população que frequentou as consultas de vigilância de gravidez foi maioritariamente migrante, realizá-las de forma autónoma tornou-se um verdadeiro desafio, devido à barreira linguística e cultural e à necessidade de estabelecimento da relação de confiança e empática.

Na sua maioria as utentes migrantes eram oriundas do Bangladesh, Índia e Nepal. Todas as senhoras iam às consultas acompanhadas pelos seus companheiros. Estavam em Portugal há menos de um ano, não sabiam ou falavam muito pouco português ou inglês e escolheram o nosso país para o nascimento dos seus bebés por motivos de segurança.

Baseada no Programa Nacional para Vigilância de gravidez de baixo risco e no regulamento nº 391 de 2029 da OE, por forma a diagnosticar precocemente, prevenir complicações e intervir atempadamente na saúde da mulher, iniciei todas as consultas com uma anamnese detalhada para a conhecer. Posteriormente após colheita de dados e realizados os diagnósticos de enfermagem de acordo com a especificidade de cada mulher/casal, realizei a sua avaliação física e psicológica promovendo o bem estar materno e fetal: avaliei sinais vitais, o peso, índice de massa corporal, efetuei a manobras de Leopold para identificar a estática fetal e melhor identificar o foco do bebé, facilitando a auscultação dos batimentos cardíacos fetais com *doppler*, avaliei o fundo uterino e a presença de desconfortos como por exemplo náuseas, vómitos, cansaço, edemas nos membros, contractilidade uterina, entre outros.

Promovi informação e decisões esclarecidas, transmitindo sinais e sintomas relativos ao trimestre da gravidez que estavam a vivenciar e acerca de sinais e sintomas de alerta para se dirigirem ao serviço de urgência, bem como os contactos a utilizar em caso de emergência. Desta forma potenciava uma gravidez saudável, parentalidade

consciente e responsável, cooperando com a equipa multidisciplinar, minimizando as suas dúvidas e medos ou preocupações.

Para minimizar a barreira linguística utilizei como ferramentas o *google* tradutor, imagens e gestos. Um dos meus objetivos durante os EC era realizar as consultas com auxílio de tradutor experiente do Alto Comissariado para as Migrações (ACM). No entanto, devido aos atrasos nas consultas e faltas às mesmas não foi possível agendar traduções. Na minha opinião, não senti que houvesse abertura por parte dos profissionais e utentes para que um tradutor assistisse a momentos pessoais, como a vigilância da gravidez, em culturas onde as mulheres parecem reservadas quanto à sua intimidade.

Também para alcançar esta competência, num serviço de medicina materno fetal, assisti a mulher/família a vivenciar processos de saúde e doença no período pré-natal realizando atividades autónomas, em situações de baixo risco, e interdependentes em situações de médio e alto risco onde estão incluídas situações de foro patológico ou disfuncional no ciclo reprodutivo. As situações com as quais fui mais confrontada e tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados, sob supervisão da minha orientadora, foram as seguintes: a) vigilâncias de gravidez a mulher com diagnóstico de ameaça de parto pré-termo (APPT); b) vigilância de gravidez a mulher com diagnóstico de colestase gravídica; c) vigilância de gravidez a mulher com diagnóstico de síndrome de pré-eclâmpsia:

a) vigilâncias de gravidez a mulher com diagnóstico de APPT

Apesar de todos os cuidados serem únicos para cada mulher, devido a singularidade individual de cada ser humano, em todas as mulheres com ameaça de parto pré-termo foi questionada se sentia movimentos fetais, se tinha dor abdominal/dorsolombar ou perdas de sangue ou líquido; foi realizado tocograma, e auscultados batimentos cardíacos fetais, caso a idade gestacional fosse inferior a 30 semanas, ou realizada cardiotocografia se a idade gestacional fosse superior a 30 semanas ou por indicação médica. Nas mulheres internadas, de idade gestacional entre 24 - 34 semanas, realizou-se maturação pulmonar fetal com corticosteroides (dexametasona ou betametasona). E, em caso de contrações regulares dolorosas efetuou-se tocólise (atosibano). Foi instaurada a profilaxia de infeção a *streptococcus B* e profilaxia de tromboembolismo venoso. Todos estes procedimentos foram baseados nos protocolos de atuação da MAC que tive oportunidade de consultar, e aplicar os novos

conhecimentos sob supervisão da minha orientadora. Por ter sido um dos diagnósticos mais prevalentes na primeira semana de estágio, realizei um estudo de caso sobre APPT, numa mulher grávida internada na UIMMF, no qual faço alusão à evidência científica e ao plano de cuidados proporcionado à utente. Antes da realização dos procedimentos informei a mulher grávida dos seus fins e sobre a técnica em si, e esperei sempre o seu consentimento para avançar.

b) vigilância de gravidez a mulher com diagnóstico de colestase gravídica

A colestase gravídica define-se pelo aparecimento de prurido, icterícia e aumento dos ácidos biliares e transaminases nas análises do segundo ou terceiro trimestre. Podem ainda surgir sintomas como anorexia, desconforto abdominal, esteatorreia e tempo de protrombina aumentado devido a déficit de vitamina K (Meneses et al., 2017).

Na prestação de cuidados à mulher com colestase gravídica, para além de estar atenta aos sinais e sintomas descritos acima, tive presente o risco de parto pré-termo devido a elevação de parâmetros analíticos ou realização de cardiotocograma (CTG) com resultado não tranquilizador, para estado fetal pois, tal como afirma Meneses et al. (2017), um dos prognósticos para o feto é morte fetal in útero. Por vezes, o CTG destas mulheres apresentava pouca variabilidade e períodos de desacelerações variáveis, embora de rápida recuperação e com variabilidade associada, o que motivou a antecipação dos partos para salvaguardar o bem-estar materno e sobretudo fetal.

c) Vigilância de gravidez a mulher com diagnóstico de síndrome de pré-eclâmpsia

A síndrome de PE define-se por um aumento de tensão arterial (TA) (PA igual ou superior a 140/90mmHg), associado a proteinúria e edemas na face, ou membros, em mulheres previamente normotensas (Graça, 2017). Assim, durante a vigilância à mulher com diagnóstico de síndrome de PE, para além de questionadas sobre sentirem movimentos fetais, dor abdominal/dorsolombar, ou perdas de líquido amniótico ou sangue, foi avaliada a tensão arterial em todos os turnos, assim como a presença de alterações de visão, cefaleias e edemas, sinais e sintomas característicos desta patologia.

Quando os valores tensionais são superiores a PA 160/110mmh (duas avaliações em 15 minutos) a mulher tem necessidade de maior vigilância, com monitorização contínua, registo de balanço hídrico e controlo analítico num menor espaço de tempo. Deve ser transferida para uma unidade de cuidados intensivos obstétricos para iniciar terapêutica dirigida com labetalol e sulfato de magnésio. Importante referir que se a

idade gestacional for inferior a 35 semanas deve proceder-se à maturação pulmonar (Graça, 2017).

Em todas as situações estive presente, mostrei disponibilidade, escutei as mulheres, acabando por sugerir a algumas apoio psicológico que, caso aceitassem, solicitaria a colaboração desse profissional, tal como descrito nas competências do EEESMO em que este planeia a promoção da saúde mental na vivência da gravidez, referenciando situações que vão para além da sua atuação (OE, 2019).

Durante o EC nos cuidados de saúde primários, tive oportunidade de organizar e ministrar em conjunto com EEESMO uma sessão de educação para a saúde inserida num projeto “Maternidade ativa – cuidar passo a passo”. Este projeto tem com objetivo oferecer aos utentes informação atual acerca da maternidade e parentalidade por forma a que se sintam agentes ativos e esclarecidos nesta fase de vida.

A sessão de educação para a saúde teve como tema os “Cuidados no Pós-Parto / *Postpartum Care*”. Abordei os cuidados a ter e sinais a vigiar na primeira semana de pós-parto. Contribuí também com a minha experiência, enquanto aluna EEESMO num serviço de puerpério em Lisboa, descrevendo o local e algumas das experiências que os casais poderiam ter na maternidade.

A sessão decorreu durante quarenta minutos e foi ministrada em língua portuguesa e inglesa, com projeção de um *powerpoint* elaborado com frases simples e ilustrações (apêndice IV).

Quanto à caracterização da população alvo estiveram presentes 6 casais no terceiro trimestre de gestação (2 casais portugueses; 4 casais asiáticos: 1 da Índia, 2 do Bangladesh, 1 do Nepal) e 4 senhoras grávidas que assistiram sozinhas à sessão (1 senhora portuguesa, 1 senhora nepalesa, 1 senhora cabo verdiana e uma senhora guineense). A faixa etária compreendeu os 24-35 anos. Duas mulheres eram múltiparas e as restantes primíparas. O facto de existirem duas senhoras com experiências de gravidez e pós-parto anterior foi uma mais-valia por poder fomentar momentos de partilha dessas mesmas experiências com o grupo, favorecendo a interação entre grávidas e casais. Durante a apresentação foi dado espaço para reflexão conjunta, partilha de medos/ inseguranças e expectativas.

A minha maior dificuldade (e onde tive maior apoio da enfermeira orientadora) foi conseguir a participação ativa das senhoras migrantes (do Nepal, Índia e Bangladesh)

devido à barreira linguística e cultural. Notei que comparativamente às outras nacionalidades, estas eram menos participativas, apesar de muito atentas. Relativamente a este aspeto, senti que o trabalho que o EEESMO realiza enquanto enfermeiro de família, acompanhando estas díades durante o seu ciclo de vida, neste caso na gravidez, é fundamental para criar um ambiente de confiança e empatia promotor de aprendizagem conjunta.

Na sessão de educação para a saúde tentei utilizar uma prática de comunicação acessível com conteúdos inclusivos, indo ao encontro do proclamado na declaração universal dos direitos humanos, nos artigos 25º e 26ª (ONU, 2017). No decorrer da mesma foi promovida a igualdade no direito à saúde e bem-estar na maternidade e a educação para a saúde tendo por base cuidados inclusivos, isto é, respeitando a diversidade de valores, culturas e particularidades de cada casal. Este encontro entre profissionais e utentes foi um mecanismo facilitador da sua transição e adaptação ao momento que estavam a viver.

No final da sessão o *feedback* foi muito positivo. As mulheres manifestaram ter gostado do conteúdo, com informação importante e direcionada para o que iriam viver a curto prazo. Fiquei com a perceção que este momento serviu para unir o grupo, ao mesmo tempo que se criou um espaço empático, de disponibilidade e ajuda para que os casais tivessem a certeza de que podem contar com o EEESMO daquela unidade de saúde, além de poderem usufruir da sua confiança.

No entanto, nem todas as gravidezes dos casais são desejadas, ou têm o desfecho esperado. Pude participar na consulta de gravidez indesejada na qual as mulheres recorriam para interromper voluntariamente a gravidez. Em Portugal, de acordo com a lei nº16/2007, a mulher pode interromper a gravidez por sua opção até à décima semana, tendo uma consulta prévia três dias antes do aborto. Esses três dias são considerados o período de reflexão obrigatório.

Nesta consulta em conjunto com o EEESMO cuidei de uma mulher que referiu sofrimento por estar grávida do quarto filho e não ter disponibilidade financeira para a família. Proporcionámos espaço para desabafar e sentir-se menos ansiosa. Contou-nos que o marido trabalha fora do país, sendo que apenas toma a pílula contraceptiva nas semanas em que este vem a casa, não usando preservativo por desconforto do marido. Após colheita de anamnese, datação da gestação através de ecografia, foi-lhe explicado

todo o procedimento de interrupção da gravidez. Nesta consulta, livre de qualquer preconceito e com respeito pela mulher, foi explicada a importância da contraceção, a forma correta da toma da pílula e fornecido apoio emocional a fim de evitar que uma nova gravidez indesejada se repita.

Nestas consultas apercebi-me de que o EEESMO é essencial para a experiência de uma sexualidade respeitosa e positiva. O EEESMO acolhe, escuta, faz educação para a saúde sobre contraceção, maternidade e paternidades responsáveis, faz ainda com que as mulheres se respeitem, procurem cuidar e decidir sobre a sua saúde sexual e reprodutiva de forma responsável.

Já na sala de partos, cuidei de casais que, por motivos espontâneos ou médicos, interromperam a gravidez. A perda gestacional é um acontecimento doloroso, de fortes emoções e de difícil adaptação para todos os intervenientes e certamente com impacto nas suas vidas futuras. Segundo Sotto-Mayor (2016) é necessário avaliar o significado da perda para cada pessoa envolvida, por esta ser uma ocorrência pessoal e única que exige um processo de luto. É uma situação complexa de gestão de sentimentos, na qual o profissional de saúde tem o dever de adequar as suas atitudes e informação às especificidades de cada mulher/casal para que superem o delicado acontecimento.

Uma das minhas dificuldades foi precisamente a prestação de cuidados à mulher/família que de forma não voluntária interromperam a gravidez. O período expulsivo, o momento de nos depararmos com um feto morto nas nossas mãos, perante uma família destroçada, foi arrepiante. Tentava gerir a minha tristeza, a minha vontade de sair do quarto e ao mesmo tempo de abraçar aquele casal. Afastava os olhos do feto morto e tentava pensar de uma forma menos emotiva e mais prática, para me manter capaz de lidar com a situação. Sinto que tenho muito a aprender nesta gestão interior sobre morte em obstetrícia, para ajudar a facilitar o processo de luto destes casais. No entanto, dei o meu melhor, respeitei o silêncio, as lágrimas, o toque, proporcionei a caixa de memórias com as impressões digitais dos pés e mãos do feto, assim como a captação de fotografias com os seus telemóveis quando o desejavam. Tal como afirma Sotto-Mayor (2016), o enfermeiro deve compreender as reações individuais/respostas emocionais à perda, abstendo-se de comentários sobre as mesmas, apoiando de forma dirigida e sensível.

Apesar do enfermeiro ter o dever deste papel importante para com o casal, achei

“estranho” ou mesmo um aspeto negativo, não falar sobre o sucedido, ou partilhar os seus sentimentos em equipa, pois estou habituada no meu local de trabalho, na minha equipa, que haja esse espaço de reflexão. Na minha opinião, em enfermagem, a componente técnica é muito importante - o saber fazer e agir - mas as componentes relacional e emotiva são tão ou mais importantes em algumas circunstâncias que devem ser trabalhadas quer individualmente, quer em equipa. Seria importante a partilha de emoções dos próprios profissionais, a forma como pensam e lidam com a morte, quebrando o silêncio e praticando como lidar com as más notícias. Segundo Rocha et al, (2016), o enfermeiro cuida do ser humano desde o nascimento até á morte. A comunicação é uma competência, o pilar para o vínculo enfermeiro-utente, sendo aprendida ao longo da sua vida pessoal e profissional, incluindo a comunicação das más notícias. No entanto, segundo os mesmos autores existe uma lacuna na formação dos profissionais na abordagem biopsicossocial, espiritual e cultural da morte, não estando totalmente preparados para lidar com a mesma, especialmente em obstetrícia em que o cenário de vida passa a ser de perda. Souto e Schulze (2019), afirmam que é necessário treino e tempo de aprendizagem para lidar com as más notícias, para que haja preparação profissional e emocional, sendo necessário espaço para reflexão conjunta sobre os sentimentos despertados na morte e na prática profissional.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto

Tornar-se pai, tornar-se mãe, é uma mudança para toda a vida, uma mudança que começa ainda na gravidez, mas só se torna real quando se vê e se toca o bebé após o nascimento. O nascimento de um filho vai trazer mudanças para toda a vida, alteração dos estilos de vida, mudanças físicas, psicológicas e sociais. A esta mudança chama-se transição, na qual o EEESMO pode ter um papel fundamental.

Na sala de partos (SP) promovi a humanização dos cuidados e experiências positivas através da aplicação de projetos existentes na mesma: o projeto *snoezelen*, o *sling* casulo e o projeto de preparação para o parto ativo /multicultural.

Incentivei casais a visitarem e permanecer algum tempo na sala *snoezelen*: uma sala multissensorial, onde através da cromoterapia, musicoterapia, aromoterapia, visualização de imagens, hidroterapia, utilização de bola de *pilates*, panos, tapete de yoga e espaldar, a mulher grávida e pessoa significativa podem disfrutar de um momento

único de tranquilidade e relaxamento. Estas técnicas são tidas também como um método não farmacológico de alívio da dor; ofereci um *sling* casulo às grávidas para facilitar o contacto pele com pele nas primeiras 2h de vida do RN, explicando-lhes os benefícios desse contacto. Relativamente ao projeto de preparação para o parto ativo, este é oferecido às mulheres grávidas e seus acompanhantes, após as 28 semanas de gestação. O seu objetivo é empoderar a mulher/casal neste momento da sua vida. Tendo em conta que a área geográfica desta maternidade abrange um número elevado de mulheres grávidas migrantes, os enfermeiros sentiram a necessidade da realização de um curso em inglês. O encontro serve para partilhar informação, para conhecer as famílias migrantes, perceber as suas necessidades, iniciando uma relação empática com as mesmas, facilitando a sua estadia posterior na SP.

No serviço de urgência ginecológica e obstétrica (SUGO) conheci o trabalho do EEESMO na admissão e participei nos cuidados prestados. Colaborei quer na triagem das utentes que recorreram à urgência por queixas ginecológicas ou obstétricas, quer na prestação de cuidados individualizados. Às mulheres com queixas obstétricas, para além da entrevista inicial, avaliei o bem-estar materno-fetal através da realização de CTG, auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), encaminhando-as, posteriormente, para o gabinete médico. Às mulheres com queixas ginecológicas, administrei terapêutica prescrita, escutei-as no momento em que revelavam ansiedade pela sua situação aguda de doença ginecológica, apoiando-as emocionalmente e encaminhando a sua situação para a equipa médica.

Na SP procurei em todos os momentos criar um ambiente seguro, tranquilo, esclarecido, respeitando as suas crenças e planos de parto, capacitar o casal nas decisões e sua participação nos cuidados, otimizando a adaptação do RN à vida extra-uterina, para que todos tivessem uma experiência de parto única e positiva.

Em cada turno, realizei um plano de cuidados personalizado a cada mulher grávida/casal; li o seu próprio plano de parto e, quando este não existia, encorajei-os a dizer as suas preferências e a sentirem que seriam apoiadas (OE, 2015). O plano de trabalho era sempre partilhado com a minha orientadora, por forma a validar as intervenções e melhorar o meu raciocínio crítico.

A adoção de movimentos livres e posições verticais em mulheres em trabalho de parto (TP) deve ser recomendada (OMS, 2018). Assim, acompanhei parturientes,

incentivando a alternância de posições no leito, a adoção de posições verticais e liberdade de movimentos: andar, dançar (sozinhas ou com a pessoa significativa), a rebolarem na bola de *pilates*, realizarem agachamentos ou básculas permitindo assim uma maior mobilidade das articulações da bacia, prevenção de assinclitismos, não esquecendo a importância do repouso sempre que quisessem, por forma a terem força para o momento expulsivo.

De acordo com o preconizado pela DGS (2023), a todas as mulheres grávidas com dor, independentemente de estarem na fase ativa do TP, promovi métodos de alívio de dor não farmacológicos e/ou farmacológicos. Relativamente às técnicas não farmacológicas utilizei a técnica de massagem, aplicação de calor, hidroterapia e promovi a ida à sala de *snoezelen* para relaxamento. Quanto às medidas farmacológicas, dependendo da avaliação da cervicometria ou tolerância/controlo de dor, administrei terapêutica EV, e colaborei com o anestesista na realização de técnica de analgesia de TP (epidural ou sequencial). Para além do auxílio médico é fundamental o nosso papel no apoio físico e emocional à mulher grávida, e vigilância do seu bem-estar e fetal, através da auscultação intermitente dos BCF, pois trata-se de um momento de dor elevada e por vezes descontrolada.

Segundo a DGS (2023) a realização de exames vaginais não deve ser feita por rotina, mas sim de acordo com as queixas da parturiente na fase latente e de 4/4h na fase ativa. No entanto, se o CTG for suspeito/patológico ou a mulher refira necessidade de iniciar esforços expulsivos deve realizar-se observação. Às mulheres grávidas a meu cuidado realizei a cervicometria quando referiram dor ou pressão e atuei em conformidade (realizando técnicas farmacológicas, ou incentivando os esforços expulsivos aquando vontade da mulher). Realizei os registos de enfermagem no processo e respetivo preenchimento do partograma.

Quando a dilatação está completa, a cabeça do bebé encravada nas espinhas isquiáticas e a mulher sente necessidade de fazer força, é altura de incentivar os esforços expulsivos (Pacheco e Nené, 2020). E, tal como recomendado pelas mesmas autoras, incentivei o puxo espontâneo com vocalizações, glote aberta, influenciando o comprimento do diafragma. Os puxos não deverão ter duração superior a 6 segundos, uma vez que pode contribuir para desacelerações com conseqüente hipoxia fetal (Cooke, 2010, conforme citado por Pacheco e Nené, 2020). Nesta fase incentivei a parturiente a

adotar a posição mais confortável e desejada por si; assim, assisti a partos semi-sentados, decúbito lateral, cócoras, de quatro apoios, mantendo sempre uma atitude de proteção do períneo, evitando ou minimizando o grau de laceração perineal, indo ao encontro do indicado pela DGS (2023).

Após o nascimento do corpo fetal, se fosse desejo da mãe, esta viria apoiar o seu bebé, ajudando-o a nascer e iniciando de imediato o contacto pele com pele. O corte tardio do cordão foi efetuado pelos pais ou por mim, se assim o desejassem. Tive ainda oportunidade de realizar um parto de lotus a pedido do casal.

Quando necessário, executei a colheita de sangue do cordão umbilical para efeitos de tipagem ou colheita para células estaminais.

Tal como Sequeira et al., (2020) afirmam, na terceira fase do TP, correspondente à dequitação, mantive uma atitude expectante, atenta aos sinais de descolamento da placenta, respeitando o tempo fisiológico de cada mulher. Após a expulsão da placenta procedi à palpação do fundo uterino, verifiquei a formação do globo de segurança de Pinard, observei as perdas uterinas e administrei oxitocina 10UI EV ou IM (caso não existisse cateter periférico), como recomendado pela OMS (2014). Posteriormente observei rigorosamente a placenta, as suas membranas e cordão umbilical, constando a sua integridade e número de vasos. Após verificação da placenta, voltei a massajar o fundo uterino, promovendo a sua contração e sua confirmação. Por fim lavei a região perineal com água e sabão para remoção da matéria orgânica. Observei cuidadosamente o períneo e canal de parto e quando necessário procedi com o apoio da minha orientadora à correção de lacerações ou episiotomia. Por ser uma técnica de grande perícia e preocupação para as mulheres puérperas, realizei um *workshop* de suturas ministrado pela associação portuguesa de enfermeiros obstetras (APEO) para aprofundar conhecimento e melhorar a minha técnica de união e encerramento dos tecidos, promovendo uma cicatrização saudável:

“De facto, tanto a técnica como o material de sutura utilizados na reparação do traumatismo perineal são muito importantes, pois podem ter influência na intensidade da dor, na cicatrização das feridas, na dispareunia e noutras complicações experimentadas pelas mulheres a curto e a longo prazo (Kette et al., 2010)”. Citado por Mascarenhas (2020).

Todavia só mesmo a prática do dia a dia me ajudará a melhorar.

No final de cada parto, ajudei as mães a amamentar: lembrei os sinais de boa pega, a forma de retirar o bebê da mama, os cuidados aos mamilos e como deitar o bebê no berço. Promovi a vinculação e a segurança da tríade dando as informações necessários e vigiando o bem-estar da mãe e recém-nascido (RN), assim como promovi o ambiente de privacidade no quarto, minimizando luzes e ruído.

Ao fim de 2h de puerpério imediato, cuidei das puérperas e seus RN: às puérperas avaliei a coloração da pele e mucosas, sinais vitais (dando especial atenção ao controlo da dor), avaliei a contração do útero, a presença ou não de globo vesical, avaliei lóquios, a episiorrafia ou perineorrafia e o estado emocional. No caso de presença de globo vesical e por forma a favorecer a boa involução uterina, promovi a micção espontânea e, caso esta não ocorresse procedia ao esvaziamento vesical com sonda. Também neste momento era retirado o cateter de epidural, às mulheres com dor controlada, certificando-me sempre da integridade do mesmo na sua remoção. Após estarem confortáveis, era-lhes fornecido uma refeição.

Ao RN avaliei a coloração da pele, a vitalidade, o choro, a alimentação, o estado do coto umbilical, as eliminações (urina/mecónio) e, se necessário, ajudava o pai a vestir o seu bebé.

A experiência de viver o momento do parto enquanto aluna junto dos casais, foi intensa, com períodos mais ou menos felizes, mas das mais bonitas que já experienciei em enfermagem.

Outro marco no meu percurso foi a observação na unidade de neonatologia.

A dinâmica do serviço de neonatologia contempla cuidados holísticos ao RN e família; é realizada a avaliação física e o estado emocional dos utentes, efetuada a higiene diária de acordo com a idade gestacional, são alimentados os bebés de acordo com as suas necessidades, administrada terapêutica, efetuada a capacitação/integração dos pais nos cuidados ao seu filho; é prestado apoio emocional e é sempre dada informação clínica, para que os pais estejam atualizados e informados sobre todos os procedimentos.

Nas unidades neonatais os RN estão expostos a várias fontes de stresse como, por exemplo, a separação das mães, fragmentação do sono, e procedimentos dolorosos que podem alterar o seu desenvolvimento (Coughlin, 2017). Assim, torna-se fundamental lembrar que a dor é o 5º sinal vital e a sua gestão é considerada pela Direção Geral de

Saúde um padrão de qualidade (DGS, 2010), pelo que é dever do profissional de saúde a prestação de cuidados não traumáticos.

Para a prática de enfermagem, a prestação de cuidados não traumáticos baseia-se em intervenções que permitam manter o RN junto da sua família, manter e promover o bem-estar do RN e prevenir danos corporais/dor (Hockenberry e Wilson, 2014).

Nesta unidade de neonatologia, observei um cuidar respeitador, que minimiza o trauma no RN e vai ao encontro do preconizado por Coughlin (2017).

Os enfermeiros proporcionam um ambiente de cura, estabelecendo uma relação terapêutica, transmitindo segurança e humanização nos cuidados; proporcionam a colaboração da família, apoiando o seu estado emocional, tornando-a parte integrante dos cuidados, capacitando-os nesta transição; Previnem a dor e o stresse no RN promovendo o seu conforto; Protegem o sono dos bebés, prestando cuidados com o mínimo de ruído, cobrindo as incubadoras com panos (para não receberem luz intensa diretamente), permitindo-lhes um ritmo circadiano na cultura dos cuidados. Em equipa são promovidas atividades de vida diárias, garantindo o conforto na realização do alinhamento postural consoante a idade, alimentação dos bebés e realização da higiene de acordo com as necessidades de cada bebé.

Acredito que para estes pais a transição para a parentalidade seja um processo de maior complexidade pois, para além da mudança de papel para “mãe”, “pai”, terão de lidar com a situação de prematuridade ou doença do seu filho, que apesar de até poder ser uma situação esperada por situações esclarecidas ao longo da gravidez, há sempre uma imagem do bebé sonhado e posteriormente o impacto do bebé real com todo o material e ruído hospitalar em seu redor. Estas famílias estão sempre numa condição de maior vulnerabilidade, sendo de extrema importância o papel do profissional de saúde no seu acompanhamento e apoio emocional, por forma a minimizar as possíveis barreiras à transição destes utentes.

Apesar deste EC ser de observação, sob supervisão de orientador clínico, colaborei em alguns procedimentos de enfermagem: prestei cuidados de higiene a dois RN e alimentei-os por biberão (por ausência dos pais no serviço); ajudei dois pais a alimentar os seus bebés pelo método de seringa adaptada à sonda nasogástrica; e colaborei no procedimento de punção de cateter periférico e colheita de sangue ao RN na realização de medidas não farmacológicas para promoção de segurança e conforto, minimizando

dor e desconforto (contenção e alinhamento dos membros / sucção não nutritiva). Tive também a possibilidade de dar apoio na amamentação, informando as mães sobre posições que poderiam facilitar o procedimento.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal

O período pós-natal, é um momento crítico para o RN, seus cuidadores e familiares (OMS, 2022). Define-se por um conjunto de alterações físicas e psicológicas necessárias para o sucesso da amamentação e para o retorno do corpo e mente da mulher ao estado pré gravídico (Ferreira, 2016). É composto por três períodos: o puerpério imediato correspondente às primeiras 24h; o puerpério precoce que decorre até ao final da primeira semana e o puerpério tardio que se prolonga até ao final da sexta semana (Centeno, 2017).

Considero ter estagiado num serviço de puerpério multicultural onde todos os dias foram admitidas puérperas de nacionalidade estrangeira: cabo-verdianas, brasileiras, africanas e asiáticas, nomeadamente do Bangladesh, Índia e Nepal. Este facto cria a necessidade de adaptação, nos profissionais de saúde, levando alguns a conhecerem hábitos e costumes de novas culturas no pós-parto, por forma a sentirem-se mais aptos na prestação de cuidados culturalmente adaptados.

Durante estas três semanas, integrei-me e colaborei com a equipa e tríades adquirindo algumas das competências do EEESMO relativas à fase pós-natal – puerpério precoce. Sob supervisão da minha enfermeira orientadora recebi tríades, as quais acolhi informando sobre os procedimentos que iria realizar, sobre o espaço que teriam à sua disposição estando sempre disponível para as apoiar no seu processo de transição nas suas várias dimensões, tentando estabelecer uma relação terapêutica e proporcionar o melhor conforto. Desta forma, indo ao encontro do que é preconizado em diário da república, no regulamento das competências do EEESMO, em que o enfermeiro promove a saúde da mulher e RN no período pós-natal, realizei observações/exames físicos tanto à mãe como ao RN, avaliando o seu estado de saúde. Durante os turnos vigiei e preveni complicações na mãe como, por exemplo, hemorragias, infeções, fenómenos tromboembólicos (promovendo o levante, caminhar, alternado com período de repouso), ou alterações emocionais/psicológicas. No RN avaliei por exemplo, a sua alimentação, eliminações, choro, diminuição de peso, coloração de pele e aumento de valores de

icterícia. Sempre que fosse detetada alguma alteração era encaminhada para a equipa multidisciplinar por forma a atuar atempadamente.

Durante a gravidez e parto o corpo da mulher sofre mudanças. Assim, no puerpério são várias as alterações fisiológicas a nível de órgãos e sistemas (Centeno, 2017) com necessidade de serem vigiadas.

Em relação à puérpera, em todos os turnos avaliei o seu estado geral, parâmetros vitais (tensão arterial, pulso, dor, temperatura), coloração de mucosas e tolerância ao ortostatismo, estado das mamas e mamilos, abdómen no que remete para a contração uterina, perdas de lóquios; vigiei o penso operatório em caso de cesariana e o estado do períneo em partos vaginais. Para além da vigilância do estado de consciência, coloração, aumento de perdas hemática ou sinais de choque indicadores de hemorragia pós-parto, preocupei-me sempre com o fator dor próprio da situação que advêm em maior ou menor grau sobre todas as mulheres, procurando aliviá-las o máximo possível para que conseguissem cuidar de si próprias e do seu bebé. Foi facultada crioterapia e administrada analgesia prescrita sempre que solicitadas.

Segundo a DGS (2006), a gravidez é dos eventos mais vulneráveis na vida do casal, sendo fundamental promover a saúde mental potenciando um estado de equilíbrio que permita aos intervenientes compreender, interpretar e adaptar-se à nova situação. Assim, é importante que o EEESMO esteja atento á existência ou não de fatores de risco como, por exemplo, depressão materna prévia, violência doméstica, hábitos toxicófilos ou vivências traumáticas na infância por poderem comprometer o desenvolvimento do RN e competências parentais. É fundamental que neste período crítico do casal, o EEESMO consiga informar e ajudar a desenvolver estratégias que os ajude nas suas competências, facilitando a vinculação segura como, por exemplo, a partilha de tarefas, valorizar a partilha entre casal, a escuta, questionar sempre que necessário.

Durante a prestação de cuidados, pude observar o estado emocional e criação ou não de vínculo seguro. A escuta ativa, o encorajamento e apoio emocional foram transversais a todas as mulheres. Também em momentos de visita, foi possível escutar medos ou dúvidas dos pais e encorajá-los na participação dos cuidados ao RN, por exemplo, na troca de fraldas, limpeza do coto umbilical, ou mesmo na importância da sua presença ativa durante a amamentação, certificando-se de que mãe e RN estão confortáveis.

“A amamentação é um ato natural que fortalece o vínculo entre a mãe e o recém-nascido/lactente, promovendo o seu crescimento e desenvolvimento.” (Sequeira et al, 2020, p.295).

Segundo Levy & Bértolo (2012), o leite materno é um alimento completo e natural para o RN, um método natural e mais barato. Este leite irá mudar as suas características conforme as necessidades do bebê, designando-se colostro, leite de transição e leite maduro. Existe consenso mundial em que a amamentação exclusiva, será a melhor forma de alimentar um bebê até aos 6 meses de idade. Sabe-se também que a amamentação tem vantagens para a díade.

Assim, na unidade de puerpério, pude adquirir competências no apoio à amamentação, informando as mães do seu benefício e ajudando as díades na pega correta, informando-as das diversas posições de amamentação e dispositivos de auxílio (p.e. almofada de amamentação) que podem usar se sentirem necessidade e conforto; aprendi e ajudei mães a alimentar os seus bebês pelas técnicas de copo e seringa consoante necessidade; ajudei e expliquei como prevenir complicações nas mamas, com massagem e utilização de quente ou frio consoante objetivo de extração de leite ou “anti inflamatório” na subida de leite. Nas puérperas que manifestavam dúvidas em relação à sua produção de leite e composição de leite, foi-lhes explicado o mecanismo da produção de leite. A produção de leite é estimulada sempre que o RN mama, isto é, a atuação do bebê é essencial para regular a quantidade da sua produção (Levy & Bértolo, 2012). Quanto mais as mães se sentirem confiantes e apostarem na colocação dos seus bebês na mama, melhor será o seu sucesso na amamentação. Durante os turnos, sempre que necessário fiquei junto das díades durante a alimentação apoiando-as nesse momento.

No entanto, uma vez que amamentar será sempre uma decisão pessoal, resultante da perceção, informação, transmissão de saberes, cultura, e experiência positiva ou negativa das mulheres (Levy & Bértolo, 2012), também apoiei puérperas em que a sua decisão foi não amamentar, por forma a estarem informadas dos cuidados a ter com as mamas (eventual necessidade de supressão láctea), com a esterilização dos biberões e escolha de leite.

Segundo Freitas & Baptista (2016), a excelência de cuidados prestados aos RN, é primordial para a adaptação do mesmo à vida extra-uterina. Os cuidados iniciam-se logo

após o parto e incluem a estabilização e avaliação do RN, assim como a promoção da adaptação dos pais ao mesmo.

Realizei com tranquilidade, junto das mães, a avaliação física pormenorizada, assim como avaliação de reflexos dos RN. Pude observar os estados de sono e vigília do RN e a sua interação, sobretudo com a mãe.

Por vezes, deparei-me com bebés ictéricos com valores aumentados de bilirrubina. Nestes casos, partilhei a informação com a equipa médica que, após observação, deu indicação para iniciar tratamento com fototerapia.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), (2013), a icterícia é a patologia mais frequente no RN. Ventura (2016) refere que a icterícia é provocada pela acumulação de bilirrubina, sendo visível na pele e escleróticas uma coloração amarelada. Normalmente a progressão é cefalo-caudal e surge entre o segundo e o terceiro dia de vida do RN. Este tipo de icterícia, cujos valores estão entre 5mg/dl e 12mg/dl, designa-se por fisiológica e desaparece ao fim de quinze dias (SPN, 2013). Todavia quando o valor é superior a 12mg/dl surge motivo de alerta e, se superiores a 25 – 30 mg/dl o RN corre risco de disfunção neurológica. Sabe-se que o tratamento de eleição para correção da icterícia é fototerapia, na qual se expõe o RN a luz em determinado comprimento de onda (SPN, 2013). Os aparelhos utilizados nesta unidade são o *bilibed*, *neoblue* ou túnel, consoante prescrição médica.

Foram tidos cuidados antes de iniciar tratamento: proteger os olhos dos RN com viseiras opacas, deixando o nariz livre. Durante o tratamento foi monitorizado o peso diário, avaliada a diurese e manutenção da hidratação. As mães foram instruídas a fazer pausas durante a fototerapia sempre que necessário para alimentar os seus bebés, para vigiar micções e, alertadas para possíveis efeitos secundários como, por exemplo, fezes moles e hipertermia tal como mencionado na SPN, (2013).

A situação que para mim foi mais significativa, remete para um casal de gémeos RN que teve de ser separado da mãe por motivo de hemorragia materna, com necessidade de retorno ao bloco de partos.

Durante o tempo de permanência da utente na SP, foi permitido ao pai dos gémeos, o Sr. P., permanecer 24h no puerpério para cuidar dos seus filhos, se assim o desejasse, e oferecida a possibilidade de ir a casa descansar e voltar ao internamento quando se sentisse confortável, independentemente da hora.

Ao longo dos turnos em que o Sr. P. esteve presente, ouvi os seus desabaços, ajudei-o na alimentação, troca de fraldas e roupa dos gémeos e a confortá-los quando estavam chorosos. Uma vez que o lidar com o choro era um dos *stressores* para o pai, expliquei-lhe que o choro é a forma dos bebés se expressarem quando necessitam de algo, e com o tempo iria saber interpretar o choro dos seus gémeos. Encorajei-o sempre nas suas ações, dando-lhe reforços positivos. Falei-lhe da importância do contacto pele com pele, para facilitar a vinculação e colonização com os microorganismos da família e proporcionei-lhe privacidade para que o realizasse no internamento.

Na ausência do Sr. P., os gémeos ficavam na sala de enfermagem para que estivessem sempre acompanhados. Todos os enfermeiros colaboravam nos cuidados e, sempre que possível, era-lhes dado colo para que se sentissem acarinhados.

Nesta situação constatei que em momentos difíceis como este, podemos fazer a diferença nestas famílias ao apoiar emocionalmente, com a nossa presença e escuta empática e no final, esclarecer dúvidas de forma clara com base em evidência científica.

Também nos cuidados de saúde primários cuidei de tríades no âmbito do pós-parto, tanto em contexto de consulta como em visita domiciliária (VD). As duas experiências foram importantes para a minha aprendizagem. Em ambos a perícia do EEESMO é fundamental para o bem-estar das tríades.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

O climatério corresponde à fase de transição de plena vida reprodutiva e o seu término, na qual se esgotam os folículos ovários, havendo uma diminuição drástica de estrogénio (SPG, 2021). Neste período da sua vida a mulher passa por grandes alterações físicas e psicológicas, podendo apresentar alterações de humor como, por exemplo, depressão, pela perda de capacidade reprodutiva pelo que se torna fundamental cuidar da mulher, inserida na sua família e comunidade nesta transição, escutando-a, informando-a e apoiando-a nas suas decisões e encaminhando-a para outras especialidades sempre que ultrapasse a nossa área de competências (Dagge et al., 2019).

Nas consultas de ginecologia estive com mulheres em fase de climatério que por vezes referiam queixas de dispareunia e/ou secura vaginal. Após observação médica sugeri o uso de lubrificantes por atuarem eficazmente na dor durante o coito e aliviarem a secura vaginal (SPG, 2021). Uma vez que o EEESMO coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações associadas ao climatério (OE, 2019), sugeri

também apoio psicológico em situações de tristeza e desmotivação com a sua saúde sexual; possivelmente a sua dor (dispareunia) poderia também estar a ter repercussões emocionais.

Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Ao longo da vida a mulher experiencia situações de saúde e doença ginecológica nas quais o EEESMO tem competência para promover a saúde, detetando precocemente e prevenindo complicações relacionadas com a mama ou aparelho genito-urinário, e prestando cuidados à mulher com doença, por forma a facilitar a sua adaptação à nova situação (OE, 2019).

No EC, em parceria com o médico, prestei cuidados à mulher na consulta de patologia do colo. Nesta consulta é realizada a colposcopia: um exame ginecológico que serve para observar a vulva, vagina e colo do útero sendo realizado quando os resultados das citologias são sugestivos de lesões. Ou seja, todas as mulheres que recorrem à consulta têm patologia do colo associada e necessitam de realização de colposcopia por infeções por vírus papiloma humano (HPV) de baixo ou alto grau ou, por exemplo, alterações da vulva por prurido ou líquen escleroso.

Colaborei no procedimento assistindo ao mesmo e estando junto das utentes durante a observação, promovendo-lhes um ambiente seguro e terapêutico. Tal como afirmam Butler e Brotzman (2009), quando se identifica uma alteração na citologia, tanto a mulher como a sua família experimentam um período de alterações emocionais. Podem surgir medos relativos à sua vida sexual e reprodutiva como, por exemplo, medo de infertilidade, disfunção sexual e cancro. Por este motivo é fundamental que os profissionais adotem estratégias para reduzir a ansiedade, o medo, e os motivem na realização da colposcopia. Segundo os mesmos autores, é importante desenvolver uma ação multidisciplinar que proporcione apoio, informação relevante e tratamento, por forma a tranquilizar as utentes e as suas famílias.

Na consulta de ginecologia tentei sempre realizar um plano de cuidados centrado em cada mulher, dando resposta às suas necessidades individuais. Tive também oportunidade de realizar educação para a saúde no âmbito das infeções sexualmente transmissíveis, promover o uso do preservativo e da vacinação contra o cancro do colo do útero (CCU).

Ainda no âmbito da saúde/doença ginecológica, participei nos rastreios CCU realizados e assisti à consulta realizada pelo médico de uroginecologia.

O rastreio do cancro do colo do útero tem como função reduzir a mortalidade associada à neoplasia, identificando e tratando lesões precocemente. Mulheres entre os 25 e 60 anos são elegíveis para a realização de citologia. São exceção as mulheres com diagnóstico prévio de cancro do colo do útero e hysterectomizadas. A colheita de células pode ser efetuada, em lâmina (citologia convencional) ou em meio líquido, podendo ainda ser realizado teste do HPV, designado coteste. Caso seja realizada citologia convencional, se resultado negativo, esta deverá ser repetida de 3 em 3 anos. Por outro lado, se a citologia for realizada em meio líquido com teste HPV, se resultado negativo, poderá ser realizada de 5 em 5 anos (Ordem dos médicos, 2020).

A colheita de células é efetuada na parte inferior do útero com auxílio de espéculo vaginal, escovilhão próprio para a colheita e recipiente para armazenamento de células. O teste pode ser realizado por médico ou EEESMO conforme experiência do profissional e vontade da utente.

Na consulta de uroginecologia, as patologias mais frequentes foram prolapsos de órgão pélvico (POP) e incontinência urinária (IU) (de esforço, urgência ou mistas). No entanto, apesar da consulta de uroginecologia ser exclusiva do médico, considero que, como futura enfermeira especialista, poderei intervir junto de mulheres com POP e IU aconselhando sobre estilos de vida saudáveis (alimentação, ingestão hídrica, perda de peso, cessação tabágica, exercícios de Keguell) que poderão melhorar os seus sintomas, encaminhando sempre que necessário para o médico especialista, uma vez que, conforme descrito em diário da república nas competências (OE, 2019), o EEESMO tem o dever de informar a mulher e apoiá-la durante o tratamento de patologias do aparelho genito-urinário, assim como cooperar com a equipa multidisciplinar no tratamento da mulher. Devido aos efeitos negativos emocionais e psicológicos destas patologias, com tendência a isolamento social, evicção da atividade sexual por receio, desconforto ou vergonha, deve ser promovido apoio psicológico, encaminhando as mulheres para especialista, por forma a atenuar esta fase de doença (Dagge et al, 2019; OE, 2019).

3.2.1. Percurso para a aquisição da competência cultural

Para Meleis (2010), a transição é um processo de mudanças de uma condição para outra. É um processo individual e contínuo ao longo do tempo que é vivido de acordo com a capacidade de cada pessoa de adaptação à mudança.

As pessoas migrantes, encontram-se em fase de transição na sua vida a vários níveis, e enquanto enfermeiros que atuamos junto das mesmas, podemos e devemos identificar situações de vulnerabilidade, promover padrões de resposta positivos, ajudando-as a arranjar estratégias de *coping* para que se sintam integradas na comunidade. Na minha opinião também nós profissionais estamos neste momento em mudança, a nossa prática quotidiana obriga-nos a conhecer as novas culturas na perspetiva de um cuidar mais humanizado, culturalmente adaptado. Assim, durante os EC preocupei-me em conhecer as mulheres e adaptar os meus cuidados às suas necessidades.

Segundo Meleis (1997), as experiências de transição envolvem uma alteração do estado de saúde, uma mudança nos papéis e habilidades desempenhadas na sociedade, nas próprias expectativas de vida e na gestão das respostas humanas: “a transição requer que o ser humano interiorize um novo conhecimento, suscetível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social”, conforme citado por Abreu, 2011. Para isso, por forma a que os enfermeiros sejam agentes ativos e facilitadores dos processos de transição dos indivíduos, é importante que na nossa prática, utilizemos um cuidar holístico, incluindo a família, o seu contexto social, a sua cultura e valores.

Assim, a multiculturalidade surge como um dos desafios da enfermagem e para o superar com sucesso e qualidade é necessário não limitar a prática de cuidados nem o conhecimento, mas sim explorá-los, através de pesquisa bibliográfica, estando e aprendendo com pessoas de diferentes culturas, realizando formações sobre diversidade cultural, indo ao encontro da aquisição de sensibilidade e competência cultural.

Abreu (2011), afirma que deve-se começar pelo auto-conhecimento: “o profissional de saúde deve ter uma consciência plena da sua própria cultura, padrões e valores culturais. Deve possuir ainda informações sobre outras culturas de utentes. “(p.13). Assim, comecei por refletir sobre o que para mim é, e quais os valores que tenho sobre o namoro, a gravidez, o nascimento, o pós-parto e a família. Posteriormente, em cada EC,

fui aprendendo, cuidando de mulheres e suas famílias não só de nacionalidade portuguesa, mas também migrantes como, por exemplo, do sul asiático (Índia, Nepal, Bangladesh, Paquistão). Foi necessário estar mais tempo com estas famílias para as conhecer, perceber o seu contexto, a sua cultura, identificar vulnerabilidades e riscos que possam afetar o seu bem-estar. É necessário tempo para perceber o significado dado pelas pessoas ao momento que estão a viver para poder agir em conformidade.

Em cada EC fui promovendo o bem-estar da mulher migrante e sua família. Inicialmente liguei para a linha de apoio a migrantes com o objetivo de perceber o seu funcionamento para futura necessidade. A linha de tradução telefónica, com o número 218106191, pertence ao Alto Comissariado para Migrações (ACM). As traduções são feitas ou de imediato, caso haja disponibilidade do tradutor, ou mediante agendamento. Os contactos podem ter a duração de no mínimo 30min e no máximo 1h. As informações necessárias para marcação do atendimento para tradução são a origem da utente, nacionalidade, sexo, nome e o contacto para o qual deve ser realizada a chamada. Após questionar fui também esclarecida que é possível escolher um tradutor homem ou mulher, consoante a vontade da utente.

Durante o EC apercebi-me que esta linha não é usada pelos próprios profissionais ou por desconhecimento, ou pelo facto da disponibilidade da mesma não ser imediata, e muitas vezes, em contexto de urgência é necessário falar e agir no imediato, não havendo tempo para aguardar tradutor.

No EC em contexto de puerpério surgiu a ideia de explorar as perceções/barreiras sentidas pelas mulheres migrantes durante a sua estadia no internamento. Mesmo sabendo que iria ter a barreira linguística como obstáculo, tentei sempre falar com as utentes fora do horário das visitas, para que as suas respostas não fossem influenciadas pelos seus companheiros que, apesar de alguns saberem falar português, poderiam inibir a comunicação, embora por outro lado, tê-los por perto ajudaria na tradução. Entre gestos, imagens e tradutores online, criei uma relação empática com as mulheres permitindo-me conhecer um pouco das suas culturas, abordar o tema saúde sexual e reprodutiva e, ao mesmo tempo, dar resposta às necessidades de cada díade. Senti que, à medida que informava sobre conhecimentos em saúde, também aprendia com aquelas mulheres.

Com a informação recolhida, nas várias interações de cuidados, elaborei uma apresentação que partilhei com a equipa em contexto de formação em serviço. O resultado destas interações foi ao encontro da evidência científica obtida através de pesquisa bibliográfica sobre as barreiras enfrentadas pelas mesmas no acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes em Portugal.

Relativamente às **barreiras individuais**, a barreira linguística é transversal. Todavia, as mulheres não sentem necessidade de aprender a língua portuguesa e a maioria desconhecia a existência de escolas onde a podem aprender. As mulheres primíparas apresentaram insegurança nos cuidados ao RN, (alimentação do RN, banho, cuidados ao coto umbilical, vacinação) crenças culturais relativas ao pós parto e, desconheciam a existência de apoio à puérpera e RN na comunidade. Quanto às **barreiras socioculturais** a maioria das mulheres revelou-se pouco à vontade para abordar o tema da sexualidade e contraceção. No entanto foi possível saber que no seu dia a dia, a maioria, recusa utilizar outro método para além do método barreira (preservativo), mesmo depois de informadas sobre os métodos contraceptivos utilizados em Portugal e respetivas vantagens e desvantagens. As mulheres não conheciam os benefícios do colostro_e acreditavam que esse não era um leite adequado para o seu bebé. Outras crenças foram também conhecidas como, por exemplo, a forte necessidade das puérperas se protegerem do frio, usando sempre um gorro e a decisão de não receber visitas de mulheres menstruadas, por serem consideradas impuras e portadoras de más energias para o bebé. Dentro da barreira sociocultural foi também transmitido pelas mulheres migrantes, a distância e saudade da família e a fraca rede de suporte social (apoio de familiares, amigos ou comunidade) nesta nova fase de vida; Como **barreira organizacional** identificou-se em todas as migrantes, a falta de informação sobre a linha de tradução telefónica e a possibilidade de tradutor, por exemplo, durante as consultas médicas e de enfermagem. Por fim, relativamente à **barreira económica**, todas as mulheres viviam com os seus companheiros em casas alugadas e apenas o marido tinha emprego.

Durante essas interações, também destaquei aspetos positivos significativos. Todas as mulheres expressaram que, apesar de algumas gravidezes não terem sido planeadas, todas foram desejadas e acompanhadas com facilidade no centro de saúde.

Além disso, mostraram-se muito felizes por se tornarem mães e por terem a oportunidade de oferecer um futuro melhor aos seus filhos.

A apresentação dos dados acima foi realizada para profissionais, numa sessão de sensibilização (apêndice V). Obtive *feedback* positivo dos profissionais de saúde. Embora alguns, já tivessem realizado formação no âmbito da migração/multiculturalidade, mencionaram a relevância do tema e o sentimento da necessidade de formação em cuidados culturalmente adaptados para melhor cuidar.

Na sala de partos tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres migrantes, oriundas do Bangladesh, Índia e Paquistão. Foi interessante observar que, independentemente da sua idade, estas senhoras preferiam fazer o seu trabalho de parto no leito. Uma vez que as recomendações da OMS (2018) fomentam a liberdade de movimentos, incentivando posições verticais, ao abordar as mulheres informava-as dos benefícios do movimento e que o podiam fazer alternando períodos de repouso com períodos de atividade. Posteriormente as senhoras acabavam por beneficiar dessa prática, referindo menos desconfortos físicos.

Relativamente a crenças e rituais, apercebi-me de que famílias muçulmanas mantinham as suas práticas na sala de partos: rezavam no chão do quarto às horas estipuladas pela sua religião e após o nascimento dos seus filhos, colocavam as mãos sobre o RN e faziam uma oração. Todos estes momentos eram respeitados pela equipa, dando-lhes privacidade e tempo para cumprirem os seus rituais, sendo que é necessário que as equipas estejam despertas para esta necessidade.

Ao longo dos vários EC apercebi-me de que há uma panóplia de conhecimentos a adquirir tanto junto da população migrante como em possíveis formações sobre cuidados culturalmente adaptados, pois existe uma pluralidade de práticas culturais dentro de um mesmo país, entre culturas urbanas, rurais, mulheres escolarizadas ou não.

As experiências vividas em EC enriqueceram-me, ajudaram-me a desenvolver várias formas de comunicação – verbal e não verbal - a respeitar e conhecer outras crenças e práticas culturais. Considero ter sido um agente facilitador da integração e transição vivida pelas mulheres/casais migrantes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva., promovendo cuidados de qualidade, culturalmente adaptados, de acordo com as necessidades identificadas (OE, 2019).

4. Apresentação e discussão de resultados

Neste capítulo proceder-se-á à caracterização dos participantes deste estudo, e serão explanados os resultados do mesmo, confrontando-os com os resultados obtidos na Revisão *Scoping*, tendo em conta os objetivos delineados.

4.1 Caracterização da população

A população do estudo foi constituída por oito participantes EEESMO, do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 37 e 60 anos, de nacionalidade portuguesa, das quais três nunca realizaram formação no âmbito de cuidados culturais e 5 realizaram formações nesse âmbito. Relativamente ao seu local de trabalho, todos as participantes prestam serviços numa instituição pública: 1 no serviço de internamento de grávidas de alto risco, 1 no internamento de puerpério, 1 nos cuidados de saúde primários e 5 na sala de partos. Quanto ao tempo de serviço a trabalhar com mulheres migrantes, 1 trabalha há menos de 10 anos, 4 trabalham entre 10 e 20 anos, 2 trabalham entre 20 a 30 anos e 1 trabalha há mais de 30 anos.

Relativamente às nacionalidades das mulheres que têm a seu cuidado, todas as participantes referiram o aumento das grávidas de origem asiática (Nepal, Bangladesh e Índia). Embora dados do instituto nacional de estatística (2022) revelem que a comunidade brasileira é a maior a residir em Portugal, houve um forte crescimento das de comunidades de nacionalidade nepalesa (de 959 indivíduos em 2011 para 13 224 em 2021) e bangladeshiana (de 853 indivíduos em 2011 para 9 150 em 2021).

4.2 Perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva

Relativamente à primeira categoria - perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de SSR (quadro 3), quando indagadas acerca do acesso das mulheres migrantes aos cuidados em SSR, todas as participantes referiram que estas mulheres têm acesso aos serviços. Contudo, este é na maioria das vezes tardio, ou seja, recorrem quando estão com algum sintoma que as incomode, quando estão doentes (numa perspetiva patogénica dos cuidados) ou quando estão grávidas (podendo já ter alguma complicação decorrente da gravidez) e não numa perspetiva salutogénica, perspetivando a promoção da saúde. Assim, surgem duas subcategorias que remetem para os motivos que levam as mulheres migrantes a procurar os serviços de SSR – “acesso

tardio à vigilância da gravidez e complicações decorrentes da gravidez/doença/ aborto”. Relativamente à primeira subcategoria, todas as participantes afirmam que as mulheres migrantes “têm acesso aos SSR, mas chegam tarde, na sua maioria para vigilância da gravidez” (A2). No que concerne à subcategoria “complicações decorrentes da gravidez/doença/ aborto, metade das participantes referiram que “por norma estas mulheres adquirem diabetes gestacional, ou hipertensão da gravidez” (A1, A4, A5, A8). Duas participantes acrescentam que “algumas senhoras recorrem por sentirem alguma dor aguda, perda de sangue aumentada ou alterações no corrimento” (A2, A7) e uma afirma que as mulheres “por vezes vêm para abortar” A3.

Com estes achados, considero ser necessário investir na prevenção da saúde, através de cuidados antecipatórios a este grupo populacional para que este acesso aos serviços de SSR seja precoce, ao invés de tardio.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva	Acesso tardio à vigilância da gravidez	A2 “têm acesso aos SSR, mas chegam tarde, na sua maioria para vigilância da gravidez” A7 “chegam até nós tardiamente”
	Complicações decorrentes da gravidez / doença/ aborto	A1 “por norma vêm por mau estar, já com diabetes gestacional ou hipertensão da gravidez”; A2 “vêm por sentirem alguma dor aguda, perda de sangue aumentada, alterações no corrimento”; A3 “por vezes vêm para abortar” A8 “recorrem (...) por sintomas de doença e não por prevenção”.

Quadro 3 - Perspetiva dos profissionais sobre o acesso das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva

4.3. Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes

A categoria “Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes”, inclui as sub-categorias barreira linguística, barreira cultural, barreira do cuidador, barreira organizacional e a iliteracia em saúde.

A barreira linguística foi mencionada por todas as participantes como recíproca, isto é, ambas as partes (profissionais e mulheres migrantes) enfrentam desafios para se entenderem devido às diferenças de idioma. As citações mais significativas que deram origem a esta categoria, encontram-se no quadro seguinte:

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes	Barreira linguística	<p>“a barreira linguística é uma dificuldade de ambos (...)” (A4);</p> <p>“há mulheres que não falam inglês e nós não sabemos falar as suas línguas nativas. Vêm acompanhadas por elementos masculinos, arriscando haver uma deturpação dos dados que conseguimos colher” (A7);</p> <p>“a maior dificuldade é perceber, de uma forma profunda, se a mensagem que estamos a transmitir faz sentido para aquela mulher” (A8).</p>

Quadro 4: Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes/
Barreira linguística

Estes achados vão ao encontro do mencionado por Marques et al., (2021) e Santiago et al., (2019), os quais afirmam que a barreira linguística pode conduzir as mulheres migrantes a sentirem-se incompreendidas ou mal interpretadas face aos seus costumes, levando a que o país recetor não dê resposta às suas necessidades. Dolan, H. et al., (2020), referem que os profissionais relatam desafios na avaliação das necessidades das mulheres migrantes, pela existência da barreira comunicacional podendo esta estar também dependente do nível de proficiência da mulher em falar inglês. Os mesmos autores referem ainda que a presença dos maridos (sic) faz com que estas deixem de ser livres nas suas escolhas e não falem livremente das suas preocupações ou necessidades.

A barreira cultural (quadro 5) foi reconhecida por metade das participantes. O desconhecimento da cultura das mulheres migrantes e mesmo a própria cultura destas pode afetar a qualidade dos cuidados.

Categoria	Sub- categoria	Unidades de Registo
Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes	Barreira cultural	<p>“os homens são dominantes, as mulheres vêm acompanhadas por amigos do marido ou pelo marido que não deixam que as mulheres se expressem livremente” (A1);</p> <p>“são mulheres com crenças culturais muito entranhadas, explicamos como é o corpo, a menstruação, elas até nos ouvem, mas depois têm toda a bagagem da família e já pensam diferente” (A7)</p> <p>“é difícil abordar temas de saúde sexual e reprodutiva porque também não conhecemos os seus hábitos e valores” (A3)</p>

		“penso que às vezes só parte da mensagem é que se adequa porque nós passamos a mensagem à luz do que é a nossa cultura e não a delas. (...) (A8)
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 5: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira cultural

O referido pelas participantes vai ao encontro dos resultados obtidos na RS. Marques et al. (2021), afirmam a existência de mulheres cuja privacidade e autonomia são princípios quebradas pela sua religião, impedindo-as de serem livres na vivência da sua sexualidade, exemplificando com a cultura islâmica, segundo a qual o homem decide se a mulher pode ou não ser observada em consulta de ginecologia.

Mengesha et al. (2018), afirmam que os profissionais de saúde sentem falta de conhecimento sobre questões relativas à SSR das mulheres migrantes e refugiadas, afetando este deficit a sua prestação de cuidados.

Outra subcategoria identificada foi a barreira intrínseca do cuidador (quadro 6). Nesta, algumas das participantes manifestaram dificuldades na prestação de cuidados por falta de disponibilidade e sensibilidade cultural, conforme descrito no quadro abaixo.

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes	Barreira do cuidador	“temos dificuldade em chegar a estas mulheres, quase que como se prestássemos cuidados despersonalizados. Falta-nos sensibilidade cultural, entendermos a cultura das outras pessoas;” (A3); “penso que os profissionais andam cansados e não têm tanta disponibilidade para conhecer outras culturas” (A5); “é preciso ter algum gosto pela multiculturalidade, para procurar saber mais” (A8).

Quadro 6: Barreiras percebidas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira do cuidador

Estas afirmações vão ao encontro do referido por Clayes et al. (2021) quando nos dizem que os profissionais têm uma noção restrita do conceito de cuidados culturalmente sensíveis, sentindo-se inseguros e afetando esse facto a sua prestação de cuidados. Estes autores mencionam ainda que os preconceitos e estereótipos podem gerar potenciais conflitos na comunicação.

Relativamente à barreira organizacional (quadro 7) esta é referida pela maioria das participantes. Segundo estas, vários são os fatores que podem influenciar esta barreira.

Quem receciona estas mulheres não se encontra preparado as receber; as mulheres nem sempre terem documentos legais e, em virtude desta situação, poderem diferir os locais de atendimento; o tempo de consulta é escasso para estabelecer uma relação com estas mulheres; os recursos humanos diminutos; a linha de apoio à tradução não ter um horário flexível.

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes	Barreira organizacional	<p>“às vezes quem está por detrás dos guichés também não se esforça por entende-las e é difícil arranjar tradutores” (A3);</p> <p>“o não terem número de utente faz com que não saibam onde se dirigir e levem mais tempo a marcar consulta” (A5);</p> <p>“a questão da legalidade é um entrave nos cuidados de saúde primários por nem todos os locais receberem pessoas sem número de utente” (A6).</p> <p>“existe uma linha telefónica de tradução, mas não tem um horário adequado” (A1, A2, A4,)</p> <p>“estas senhoras chegam quase sempre atrasadas às consultas (...), tornando difícil o agendamento” (A7)</p> <p>“temos pouco tempo e poucos recursos humanos para dar resposta às necessidades das senhoras; o nosso atendimento é mais demorado e exigente” (A8).</p>

Quadro 7: Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / barreira organizacional

A literatura afirma que procedimentos burocráticos complexos e demorados, a comunicação administrativa com falhas na compreensão da língua, a escassez de tradutores, assim como a falta de continuidade dos cuidados no seguimento das mulheres migrantes são tidos como barreiras organizacionais (Doetsch et al., 2021). Não ser portador de número do serviço nacional de saúde (SNS), estar em situação irregular (sem documentos) ou não ter médico de família atribuído, podem influenciar negativamente a sua participação na vigilância de saúde (Marques et al., 2021).

Por fim, a iliteracia em saúde das mulheres migrantes é salientada por uma participante como outra barreira aos cuidados a estas mulheres (quadro 8).

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Barreiras percecionadas	Iliteracia em saúde	“as mulheres não conhecem o seu corpo, não sabem o ciclo menstrual, o que é a saúde sexual ou o que é

<p>pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes</p>		<p>o prazer. Por exemplo, pensam que tomar um contraceptivo é deixarem de controlar o seu corpo, como se houvesse algo externo que o fizesse, que o sangue não sai. Em relação ao prazer, muitas nem sabem o que isso é devido aos casamentos “arranjados” fruto de algumas culturas. Quando estão grávidas, às vezes faltam às consultas, chegam atrasadas, não sabem que é necessário realizar os exames em determinadas datas, cumprir prazos, para uma correta vigilância, há um grande desconhecimento”.</p>
---------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 8: Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes / iliteracia em saúde

Esta situação leva a crer que é necessário investir na literacia em saúde, assim como arranjar formas de cativar as mulheres migrantes a recorrer aos serviços para manutenção do seu bem-estar. Segundo Santiago et al., (2019) o desconhecimento da necessidade de continuidade de cuidados ao longo da sua vida leva a que se afastem da vigilância em saúde sexual e reprodutiva e tenham fraca adesão a cuidados preventivos, acabando por recorrer tardiamente aos serviços ou mesmo faltar às consultas de vigilância pré-natais. Muitas vezes, o facto de estarem preocupadas com outros aspetos da vida fazem com que não se interessem pela sua saúde (Marques et al., 2021). É isto que refere A8 “penso que olhar para elas fica em segundo plano, a saúde não é a prioridade, mas sim as questões económicas, a fixação ao país e o seu lar”.

É necessário empoderar estas mulheres para que olhem para si próprias, atendendo à sua saúde e bem-estar, promovendo a sua auto-estima e o auto-cuidado e fazendo valer os seus direitos.

4.4. Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados

Na categoria - perceção sobre estratégias para ultrapassar as barreiras identificadas e assim melhorar a qualidade dos cuidados - às mulheres migrantes emergiram quatro subcategorias (quadros 9, 10, 11,12): a comunicação não verbal, o recurso a tecnologias, o recurso a documentos traduzidos e os recursos humanos.

Metade das participantes refere transmitir a sua mensagem, por exemplo, através de gestos e imagens, recorrendo assim à **comunicação não verbal** (quadro 9).

Categoria:	Sub-categoria	Unidades de Registo
Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	Comunicação não verbal	“na minha prática por vezes uso gestos ou imagens que ajudem a transmitir o que pretendo” (A2)

Quadro 9: Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / comunicação não verbal

A maioria refere o uso **recurso a tecnologias**, através do uso do *google* tradutor do seu telemóvel, de documentos e áudios digitais e através da divulgação de informação numa página nas redes sociais em inglês e português (quadro 10).

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	Recurso a tecnologias	“utilizo muitas vezes o <i>google</i> tradutor” (A2, A4, A5, A6, A8); “temos uma página nas redes sociais na qual divulgamos conteúdo sobre gravidez e parto em inglês” (A1, A3); “temos também digitais e áudio em várias línguas que podemos usar nas consultas” (A7).

Quadro 10: Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / recurso a tecnologias

Todas as participantes, sempre que necessário, recorrem ao uso de “**documentos traduzidos**” (quadro 11) embora nem todos na língua nativa das mulheres migrantes “temos documentos traduzidos em várias línguas para facilitar a comunicação”; (A1), “uso os folhetos em inglês quando o dominam” (A3), e também “temos um grupo de trabalho dedicado às questões da multiculturalidade que ministra um curso de preparação para o parto em inglês por forma a integrar os casais nos cuidados” (A6).

Categoria	Sub-categoria	Unidades de Registo
Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	Recurso a documentos traduzidos	“temos documentos traduzidos em várias línguas para facilitar a comunicação” (A1); “uso os folhetos em inglês quando o dominam” (A3).

Quadro 11: Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / recurso a documentos traduzidos

Quanto aos **recursos humanos** (quadro 12) estes foram mencionados por metade das participantes. Estas referiram recorrer à ajuda do marido (sic) das mulheres migrantes (uma vez que este é geralmente capaz de compreender a língua inglesa e/ou possui conhecimentos básicos de português); referem ser necessário dotar a equipa de elementos do sexo feminino e masculino, fluentes em língua inglesa, para que todos se sintam à vontade; salientam a necessidade de tentar agendar um maior número de consultas (de forma a abordar mais temas de interesse para as mulheres migrantes), assim como realizar sessões de educação para a saúde em inglês nas quais, além da partilha de informação é possível criarem-se redes de apoio entre os participantes. Duas participantes referiram o encaminhamento para outros serviços como fundamental para a manutenção de cuidados na comunidade.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	Recursos Humanos	<p>“temos um grupo de trabalho dedicado às questões da multiculturalidade que faz um curso de preparação para o parto em inglês por forma a integrar os casais nos cuidados” (A6).</p> <p>“a equipa teve o cuidado de ter um médico do sexo masculino e uma enfermeira do sexo feminino e vice-versa, para que todos se sentissem à vontade; todos os elementos da equipa falam inglês; tentamos agendar o maior número de consultas (...) a fim de conseguir abordar mais assuntos de saúde do seu interesse; temos um projeto de partilha de informação onde fazemos educação para a saúde (...) e aproveitamos esses momentos para a criação de rede de apoio entre os participantes, assim como, permitimos a partilha de experiências” (A7)</p> <p>“encaminhamento das senhoras, por exemplo, para a NIALP ou para a assistente social” (A7) “articulamos com os cuidados de saúde primários” (A8).</p>

Quadro 12: Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados / recursos humanos

4.5. Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de SSR

A categoria - sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de SSR surgiram a partir das entrevistas realizadas e igualmente da SR.

Nesta categoria emergem três subcategorias: formação agentes comunitários e políticas de saúde.

No estudo realizado, foi unanimemente salientada a necessidade de formação em multiculturalidade para todos os profissionais que trabalhem com mulheres migrantes. No caso específico da enfermagem, esta formação poderia iniciar-se no curso base e posteriormente realizarem-se atualizações consoante as necessidades específicas de cada profissional (quadro 13).

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de SSR	Formação	<p>“seria bom termos formação sobre multiculturalidade” (A1);</p> <p>“devíamos ter formação conjunta sobre sensibilidade cultural” (A3);</p> <p>“investir mais no conhecimento de outras culturas facilitaria a nossa abordagem, saberíamos os valores a respeitar” (A5);</p> <p>“seria útil existir formação em serviços sobre as diferentes culturas” (A6);</p> <p>“a formação em diversidade cultural, nunca é demais por isso deve ser fomentada desde o curso base e atualizada sempre que necessário. Todas as pessoas que dão apoio à comunidade migrante deveriam receber formação em cuidados culturais” (A7);</p> <p>“seria interessante realizar seminários sobre multiculturalidade; existir cursos sobre as culturas, para perceber os vários rituais no âmbito de saúde sexual e reprodutiva” (A8).</p>

Quadro 13: Sugestões para o desenvolvimento de competências e a melhoria de cuidados na área de SSR / formação

A perspetiva das participantes vai ao encontro dos achados da RS Mengesha, et al., (2018). Estes autores associam a falta de conhecimento dos profissionais sobre questões da saúde sexual e reprodutiva das mulheres migrantes (e refugiadas), ao facto de não terem sido preparados adequadamente para lidar com esta população nos seus estudos de licenciatura e pós-graduação. Referem ainda que a formação em saúde sexual e reprodutiva destinada a mulheres migrantes (ou refugiadas) contribui para que se sintam confortáveis na compreensão, comunicação interpessoal e na prestação de cuidados. Esta realidade sugere a necessidade de melhorar a formação nas instituições

de ensino, nomeadamente em competência cultural, sensibilidade e consciencialização cultural, sexualidade e saúde sexual, com especificidades para mulheres migrantes e refugiadas. Claeys et al., (2021). Acrescentam que na abordagem da temática de cuidados culturalmente sensíveis, os métodos de aprendizagem interativos com supervisão, exercícios de reflexão e exercícios entre pares (como simulações) podem ser mais vantajosos que o método de aprendizagem por transferência de conhecimentos.

Quanto à subcategoria agentes comunitários algumas participantes são da opinião que estes facilitam a comunicação com as mulheres migrantes conforme consta no quadro 14.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de SSR	Agentes comunitários	“seria útil ter mediadores que facilitassem a comunicação com estas senhoras” (A6, A8); “(...) pessoas da comunidade com formação em saúde ou sociologia que as acompanhassem às consultas” (A7).

Quadro 14: Sugestões para o desenvolvimento de competências e a melhoria de cuidados na área de SSR / agentes comunitários

Estas sugestões corroboram o estudo de Mengesha et al., (2018), no qual se afirma a necessidade de aumentar a disponibilidade de profissionais de origens e culturas e línguas diversas nas instituições de saúde, nomeadamente do sexo feminino.

Por fim, a subcategoria **“políticas de saúde”**, apresentada no quadro 15 foi referida por uma participante, não havendo referência a estas nos resultados da RS.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sugestões para o desenvolvimento de competências e melhoria de cuidados na área de SSR	Políticas de saúde	“seria importante pensar-se em novos indicadores e políticas de saúde direcionadas para a população migrante, há necessidade de alongar as consultas, ver quantas consultas são necessárias para que aquela gravidez seja realmente vigiada, existir uma adenda ao programa nacional de vigilância de gravidez de baixo risco para a população migrante, por forma a ser adaptado às necessidades reais, assim como um aumento dos recursos humanos” (A7).

Quadro 15: Sugestões para o desenvolvimento de competências e a melhoria de cuidados na área de SSR/ políticas de saúde

5. Considerações Éticas

Ao longo deste percurso de aprendizagem, tive presente os princípios éticos emanados pelo Código Deontológico que regulam a profissão de enfermagem. Mobilizei conhecimentos científicos atuais, dando atenção à pessoa enquanto ser humano único. Respeitei a vida e dignidade da pessoa promovendo a sua saúde e bem-estar, tendo em vista a humanização dos cuidados tal como descrito no artigo 110.º na Lei nº 156/2015 do estatuto da ordem dos enfermeiros.

No primeiro contacto com os utentes apresentei-me como estudante de especialidade de enfermagem informando-os do meu estatuto por forma a que soubessem que estava em processo de aprendizagem, sob supervisão de elemento experiente e assim sentissem confiança e segurança nos cuidados prestados. Desta forma, fui ao encontro do explanado no artigo 105.º da lei nº 156/2015 do estatuto da ordem dos enfermeiros.

Relativamente ao estudo empírico, comecei por submeter o projeto à comissão de ética da ESEL e obtive o seu parecer positivo (anexo II). Antes da realização de cada entrevista, tendo em conta o artigo nº105 da lei nº 156/2015, relativo ao dever de informação, as participantes foram devidamente informadas dos objetivos do mesmo, leram e assinaram o documento de consentimento de informado, sabendo que poderiam desistir da sua participação a qualquer momento. Assegurei o anonimato das pessoas. no armazenamento, transcrição e tratamento dos dados obtidos, de acordo com o artigo nº 106 da lei nº 156/2015. A confidencialidade foi garantida através do cumprimento da legislação relativa à proteção de dados de acordo com as restrições legais emanadas do Tribunal de Justiça da União Europeia (Parecer 05/2014). Assegurei o sigilo profissional e fiz uso de técnicas de anonimização no tratamento dos dados e na apresentação dos resultados (não menção de nomes, ou outra informação que permita identificar as participantes).

Considero, assim, ter mantido uma postura ética e profissionalmente responsável, nos cuidados prestados às mulheres e suas famílias, dando resposta às suas necessidades e desejos, perspetivando experiências positivas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e ter contribuído para processos de transição saudáveis.

6. Limitações

Reconhecer que existem limitações relativas a este processo e ao estudo realizado foi importante para refletir sobre as mesmas e, num futuro estudo, implementar estratégias eficazes para superá-las.

A primeira limitação, relacionou-se com a pesquisa e a existência de poucos estudos sobre a temática (reduzido número de artigos científicos obtidos pela RS).

A segunda limitação remete para o número reduzido de participantes no estudo empírico. Este fator revelou-se limitativo para o alcance da saturação dos dados. Apesar das solicitações para participação no estudo, a adesão foi fraca (por alguma escassez de interesse dos profissionais ou por falta de disponibilidade), talvez denunciando, ainda, pouca sensibilidade para a temática em estudo.

Durante os EC, devido às limitações da linha de apoio à tradução à população migrante e devido às dinâmicas dos contextos de estágio, não foi possível agendamento com nenhum tradutor, o que impossibilitou a experiência da comunicação com auxílio do mesmo, sendo esta a terceira limitação encontrada.

Considero, no entanto, que o trabalho desenvolvido poderá dar contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às mulheres/famílias migrantes no âmbito da SSR.

Considerações finais e implicações para a prática

Ao longo deste EC, constatei na prática como o papel do EEESMO é imperativo durante todo o ciclo de vida da mulher/casal. O EEESMO tem conhecimentos e competências para diagnosticar, prevenir complicações, informar, capacitar, educar e empoderar os seus clientes, suportado por evidência científica atual e por *guidelines* nacionais e internacionais.

Ao longo deste percurso, dediquei-me a aprender e desenvolver uma área de enfermagem nova e que tanto ambiciono abraçar. Desenvolvi capacidades a nível científico, técnico, relacional de investigação e gestão dos cuidados. Planeei, desenvolvi, avaliei e refleti criticamente sobre diferentes atividades, de forma a adquirir e desenvolver as competências previstas para o grau de mestre e especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, crescendo pessoal e profissionalmente. As intervenções efetuadas foram refletidas à luz da evidência científica, com o apoio dos orientadores clínicos nos diversos contextos, nos debates gerados das partilhas entre colegas de turma e durante as orientações tutoriais, bem como por meio do estudo individual.

A conduta adotada em EC foi pautada pela prestação de cuidados humanizados a mulheres e conviventes significativos, nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Com foco na promoção da sua saúde, esclareci-as, permitindo-lhes decisões informadas. Integrada numa equipa multidisciplinar, colaborei no diagnóstico e prevenção de complicações materno-fetais, uma área na qual o papel do EEESMO é determinante com a sua destreza e conhecimento; atuei consoante as necessidades físicas e emocionais das tríades promovendo-lhes uma transição positiva para a parentalidade e, quanto ao trabalho de parto e parto permiti que, cada casal a meu cuidado, pudesse viver o seu momento de forma única, respeitando a fisiologia de cada mulher, a sua vontade, num ambiente de acolhimento, respeito e amor, no qual eles eram os protagonistas.

Relativamente às implicações para a prática este estudo deixa alguns importantes contributos, na medida em que permite identificar e refletir nas barreiras existentes nos serviços de saúde (particularmente em SSR), de modo a dar pistas para encontrar estratégias para se salvaguardarem os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes.

Alguns dos resultados obtidos neste estudo coincidiram com os resultados obtidos na RS. Na área da saúde sexual e reprodutiva foram identificadas barreiras tanto para as mulheres migrantes, como para os profissionais que as recebem e cuidam – barreiras individuais, socioculturais, burocráticas, barreiras do próprio cuidador, e a iliteracia em saúde.

Relativamente às barreiras individuais, a barreira linguística é transversal para os profissionais e para as mulheres migrantes. A existência de insegurança e algumas crenças das mulheres migrantes dificultam também a prestação de cuidados aos seus bebês.

Quanto à barreira sociocultural, salientam-se as diferenças culturais que, por vezes, levam à quebra de privacidade e autonomia das mulheres migrantes, assim como a fraca rede de suporte social que estas mulheres têm quando chegam ao nosso país.

A barreira organizacional é enfatizada pelos próprios profissionais na dificuldade de utilização da linha de tradução ou escassez de mediadores culturais e, objetivada nas dificuldades burocráticas enfrentadas por estas mulheres quando recorrem aos serviços de SSR.

A barreira do cuidador evidenciou-se pelas dificuldades, inseguranças e estereótipos percebidos pelos próprios profissionais (neste caso, enfermeiras) na sua prática de cuidados.

A iliteracia em saúde, identificada nas mulheres migrantes, destacou-se pelo desconhecimento do seu próprio corpo e necessidade de vigilância continuada de cuidados de saúde.

Vivemos cada vez mais na chamada “Aldeia Global” confrontados com múltiplas culturas e é necessário adequar a nossa prática clínica, no sentido de prestarmos cuidados de qualidade centrados nas diferentes pessoas. Assim, a solução para superar as barreiras elencadas e oferecer um cuidado holístico às mulheres/casais migrantes, é a formação dos profissionais sobre diversidade cultural, perspectivando cuidados culturalmente competentes. Estes exigem preparação, através da aprendizagem sobre diferentes culturas, e treino, aplicando esses mesmos conhecimentos na prática, prestando cuidados de saúde eficazes tendo em conta os diversos contextos culturais.

O conhecimento multicultural deve começar na licenciatura dos profissionais e acompanhá-lo ao longo da sua carreira, de acordo com as necessidades que surjam.

Pode, por exemplo, emergir conhecimento através de formação em serviço, da frequência de seminários ou cursos práticos específicos com simulações sobre costumes e práticas de algumas culturas. O estudo realça a necessidade de criação de novas políticas de saúde, que favoreçam o aumento do número de consultas ou tempo de consulta para as pessoas migrantes, a existência de profissionais fluentes em línguas nativas destas pessoas e adendas, por exemplo, ao plano nacional de vigilância de gravidez de baixo risco adaptados à população migrante.

Apesar de alguns esforços desenvolvidos por profissionais no sentido de uma prestação de cuidados culturalmente sensível, ainda existe falta de conhecimento acerca dos valores e tradições em diferentes culturas, persistindo inúmeras dificuldades no quotidiano dos cuidados.

Com a realização e futura divulgação deste trabalho, espero suscitar a curiosidade e motivar os enfermeiros para aprofundarem conhecimentos, focados nas necessidades de cuidados da população migrante, para que desenvolvamos de forma consciente, um cuidado culturalmente competente.

Num futuro próximo, ambiciono adquirir maior número de experiências na área da saúde materna e obstetrícia, assim como aprofundar o meu conhecimento sobre especificidades da multiculturalidade, para assim contribuir para o bem-estar de todas as mulheres/casais/famílias a quem prestar cuidados.

Numa era multicultural, torna-se imperativo que o EEESMO levante questões sobre a prestação de cuidados a mulheres migrantes e suas famílias, para que se possa atuar, mudar práticas, colmatar as falhas e evoluir na promoção da sua saúde.

Ainda há um longo percurso a fazer. Baseada nas experiências que tive no EC, acredito na necessidade de entendermos a nossa própria identidade e estarmos disponíveis para aceitar as diferenças.

Por fim, considero ter atingido os objetivos deste trabalho. Desenvolvi competências científicas técnicas e relacionais ao longo dos vários EC no cuidado à mulher e RN, inseridos na família e comunidade nas diversas etapas do ciclo de vida; identifiquei a perceção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes relativa às necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, assim como evidenciei a necessidade da competência cultural na abordagem da saúde sexual e reprodutiva destas mulheres. Reconheço ainda a importância da procura de maior

conhecimento e know how sobre a prestação de cuidados culturalmente sensíveis, perspectivando intervenções holísticas, adaptadas às necessidades das mulheres migrantes e suas famílias.

Com perseverança e vontade de melhorar a qualidade de cuidados será realmente possível salvaguardar os direitos das mulheres migrantes, nos quais se inclui o direito à saúde sexual e reprodutiva.

Referências bibliográficas

- Abreu, W. (2011). Transições e contextos multiculturais. (2ªed.). Formasau
- Alarcão, V., Stefanovska-Petkovska, M., Virgolino, A., Santos, O., Ribeiro, S., Costa, A., Nogueira, P., Pascoal, P., Pintassilgo, S., Machado, F. (2019). Fertilidade, Migração e Aculturação (FEMINA): protocolo de pesquisa para estudo das desigualdades interseccionais de saúde sexual e reprodutiva. *Revista Reprod Saúde*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0795-5>
- Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synt hesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bekh, V., Vashkevych, V., Kravchenko, A., Husieva, N., Yaroshenko, A. (2021). Social and Philosophical Aspects of the Genesis of the Discourse of Multiculturalism. *WISDOM*, 20(4),180–187. <https://doi.org/10.24234/wisdom.v20i4.545>
- Bernardino, S. Santos, J. F. (2022). Barreiras linguísticas e culturais dos imigrantes Relato de uma experiência. International Conference on education and migrants. [Web page]. Acedido em 12/06/2022 em http://https.reserachgate.pt/publication/359217428_barreiras_linguisticas_e_culturais_dos_imigrantes_relato_de_uma_experiencia/
- Bertoldo, J. (2017). Migração com rosto feminino: múltiplas vulnerabilidades, trabalho doméstico e desafios de política e direitos. *Revista Kátal*, Florianópolis, 21 (2), 313-323 <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p313>
- Butler, D.; Brotzman, G. (2009). Aspectos psicossociales de la colposcopia. In Apgar, B.; Brotzman, G.; Spitzer, M. *Colposcopia: Principios y práctica*. Manual y atlas integrados. Barcelona: Elsevier Masson
- Campos, C. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev. Bras. Enferm.* 57 (5), 611- 614.
- Centeno, M. (2017). Puerpério e lactação. In Graça, L., *Medicina materno fetal* (pp.280 – 287). Lisboa: Lidel edições Lda.
- Claeys, A., MSc, Berdai-Chaouni, S., MScn, A., Tricas-Sauras, S., PhD, MRes, MSc, RMN, RN,

- Donder, L., PhD, MSc. (2021). Culturally Sensitive Care: Definitions, Perceptions, and Practices of Health Care Professionals. *Journal of Transcultural Nursing*, Vol.32, (5), 484 - 492.
- Coelho, A., Torres, R., Silva, A., Palma, F. (2017). Parto pré-termo. In Campos, A., Soares, C., Alves, M., Mira, R., Silva, A., Lacerda, A. *Protocolos de atuação da maternidade Alfredo da Costa* (pp.160-163). Lisboa: Lidel
- Coughlin, M. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant*, (13), 176 - 179
<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=b01f29891e131096jmltdHM9MTY4MzUwNDAwMCZpZ3VpZD0yYzNhN2FiMi1hMmNjLTY3MjltMmY1ZC02YTYyYTNhYjY2MWUmaW5zaWQ9NTE4Mg&ptn=3&hsh=3&fclid=2c3a7ab2-a2cc-6722-2f5d-6a62a3ab661e&psq=Trauma-informed%2c+neuroprotective+care+for+hospitalised+newborns+and+infants.+Infant%2c&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuaW5mYW50am91cm5hbC5jby51ay9wZGYvaW5mXzA3N19ldXlucGRm&ntb=1>
- Dagge, A., Sousa, F., Neves, J., (2019). Aspetos Psicológicos em Ginecologia. In Neves, J. *Ginecologia Fundamental* (pp.167-170). Lisboa: Lidel
- Dias, S., Marques, M.J., Gama, A. Pedro, A.R., Barreiros, F., Mendonça, J., Loureiro, I., Fernandes, A.C. (2021). Literacia em Saúde em Populações Migrantes. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Direção Geral da Saúde. (2023). Orientação – Cuidados de saúde durante o trabalho de parto.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.
- Direção Geral de Saúde (DGS). (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. nº 14/2010
[https://www.bing.com/ck/a?!&&p=7748beacb2364d59jmltdHM9MTY4MzUwNDAwMCZpZ3VpZD0yYzNhN2FiMi1hMmNjLTY3MjltMmY1ZC02YTYyYTNhYjY2MWUmaW5zaWQ9NTE3NQ&ptn=3&hsh=3&fclid=2c3a7ab2-a2cc-6722-2f5d-6a62a3ab661e&psq=Dire%3a7%c3%a3o+Geral+de+Sa%3%bade+\(2010\).+Orienta%3a7%c3%b5es+t%3a9cnicas+sobre+a+avalia%3a7%c3%a3o+da+dor+nas+crian%3a7as.+n%2%ba+14%2f2010&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuc3BwLnB](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=7748beacb2364d59jmltdHM9MTY4MzUwNDAwMCZpZ3VpZD0yYzNhN2FiMi1hMmNjLTY3MjltMmY1ZC02YTYyYTNhYjY2MWUmaW5zaWQ9NTE3NQ&ptn=3&hsh=3&fclid=2c3a7ab2-a2cc-6722-2f5d-6a62a3ab661e&psq=Dire%3a7%c3%a3o+Geral+de+Sa%3%bade+(2010).+Orienta%3a7%c3%b5es+t%3a9cnicas+sobre+a+avalia%3a7%c3%a3o+da+dor+nas+crian%3a7as.+n%2%ba+14%2f2010&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cuc3BwLnB)

[0L1VzZXjGaWxlcy9maWxlL0VWSURFTkNJQVMIMjBFTSUyMFBFREIBVFJJQS9PUkIFTI
RBQ0FPJTIwREdTXzAxNC4yMDEwJTIwREUIMjBERVouMjAxMC5wZGY&ntb=1](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjX9_OExLj8AhWfWqQEHEmxBQQQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.arsalgarve.min-saude.pt%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F12%2Fsaude_Mental_e_Gravidex_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf&usg=AOvVaw1Dde8Yeo_ZCheadoNJ2Zna)

- Direção Geral da Saúde. (2006). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – Manual de orientação para profissionais de saúde. Acedido em: https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjX9_OExLj8AhWfWqQEHEmxBQQQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.arsalgarve.min-saude.pt%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F12%2Fsaude_Mental_e_Gravidex_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf&usg=AOvVaw1Dde8Yeo_ZCheadoNJ2Zna
- Doetsch, J., Almendra, R., Carrapatoso, M., Teixeira, C., Barros, H., (2021). Equitable migrant-friendly perinatal healthcare access and quality in public maternity units in Portugal. *The European Journal of Public Health*, Vol. 31, (5), 951–957
- Dolan, H., Li, M Li., Bateson, D., Thompson, R., Tam, C., Bonner, C., Trevena, L. (2020). Healthcare providers’ perceptions of the challenges and opportunities to engage Chinese migrant women in contraceptive counselling: a qualitative interview study. *Sex Health*, Vol. 17 (5), 405 – 413.
- Fair, F., Soltani, H., Raben, L., Streun, Y., Sioti, R., Papadakaki, M., Burke, C., Watson, H., Jokinen, M., Shaw, E., Triantafyllou, E., Muijsenbergh, M., Vivilaki, V. (2021). Midwives' experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA). *BMC Pregnancy Childbirth*, Vol. 21:340. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03799-1>.
- Federação internacional para o planeamento familiar (2024). Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos. <https://www.bing.com/ck/a?!&p=45e02c9eb7d9bd80jmltdHM9MTcxMjg4MDAwMCZpZ3VpZD0yODM4ZjAyYS1kNTI2LTZhZWQtMGNhZi1lMzU2ZDQ0NDZiOTcmaW5zaWQ9NTI2Nw&ptn=3&ver=2&hsh=3&fclid=2838f02a-d526-6aed-0caf-e356d44446b97&psq=Federa%3a%7%3a3o+Internacional+de+Planeamento+Familiar&u=a1aHR0cHM6Ly9iZGlnaXRhbC51ZnAucHQvYml0c3RyZWFlLzEwMjg0LzI3OTQvNy9BbmV4b0lfMTg2OTgucGRm&ntb=1>
- Félix, N., Amaral, P., Palma, F. (2017). Profilaxia da Infecção perinatal a streptococcus grupo B. In Campos, A., Soares, C., Alves, M., Mira, R., Silva, A., Lacerda, A. *Protocolos de atuação da maternidade Alfredo da Costa* (pp.171 - 173). Lisboa: Lidel
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné; R. Marques; M. Batista

(coordenadores), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.438 – 442). Lidel editores.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidactica

Freitas, M., Baptista, M. (2016). Adaptação à Vida Extra Uterina: Cuidados Imediatos ao Recém Nascido. In M. Néné; R. Marques; M. Batista (coordenadores), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.486 – 491). Lidel editores.

Fundação Francisco Manuel dos Santos (2024). *Imigrantes permanentes: total e por sexo*. Lisboa: PORDATA.

<https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+sexo-3254>

Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures. Lusociência

Graça, L. (2017). *Medicina materno fetal*. (5ª edição). Lisboa: Lidel edições técnicas lda.

Instituto Nacional de Estatística (2022, novembro, 6). *Censos 2021 – divulgação dos resultados definitivos*.

<https://www.bing.com/ck/a?!&&p=06528a6fae2625b4JmltdHM9MTcxMDI4ODAwMCZpZ3VpZD0yODM4ZjAyYS1kNTI2LTZhZWQtMGNhZi1IMzU2ZDQ0NDZiOTcmaW5zaWQ9NTE5Ng&pntn=3&ver=2&hsh=3&fclid=2838f02a-d526-6aed-0caf-e356d4446b97&psq=aumento+da+popula%c3%a7%c3%a3o+asiatica+em+lisboa&u=a1aHR0cHM6Ly9jZW5zb3MuaW5lLnB0L25ndF9zZXJ2ZXIvYXR0YWN0ZmlsZXUuanNwP2xvb2tfcGFyZW50Qm91aT01ODU3NzQyOTYmYXR0X2Rpc3BsYXk9biZhdHRfZG93bmxvYWQ9eQ&ntb=1>

Lei n.º16/2007 (2007). Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República, I Série* (nº 75 – 17-04-2007), 2417-2418.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/75-2007-127390>

Lei n.º 156/2015 (2015), de 16 de setembro. Procedendo à alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado pela Lei nº 111/2009, de 16 de setembro, no sentido de o adequar à Lei nº 2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República: *Diário da República*.

Leininger. (1998) Part I. The Theory of Culture Care and the Ethnonursing Research Method. In M. Leininger; M. R. McFarland, *Transcultural Nursing* (pp. 83 – 84). McGraw-Hill.

Levy, L., Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Acedido em:

[https://www.bing.com/ck/a?!&&p=0d741cec29a82e85JmItdHM9MTcxMDI4ODAwMCZpZ3VpZD0yODM4ZjAyYS1kNTI2LTZhZWQtMGNhZi1IMzU2ZDQ0NDZiOTcmaW5zaWQ9NTlwNA&pfn=3&ver=2&hsh=3&fclid=2838f02a-d526-6aed-0caf-e356d4446b97&psq=Levy%2c+L.%2c+B%2c%a9rtolo%2c+H.+\(2012\).+Manual+de+aleitamento+materno.+Acedido+em%3a&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cudW5pY2VmLnB0L21lZGlhLzE1ODEvNi1tYW51YWwtZG8tYWxlaXRhbWVudG8tbWF0ZjUyby5wZGY&ntb=1](https://www.bing.com/ck/a?!&&p=0d741cec29a82e85JmItdHM9MTcxMDI4ODAwMCZpZ3VpZD0yODM4ZjAyYS1kNTI2LTZhZWQtMGNhZi1IMzU2ZDQ0NDZiOTcmaW5zaWQ9NTlwNA&pfn=3&ver=2&hsh=3&fclid=2838f02a-d526-6aed-0caf-e356d4446b97&psq=Levy%2c+L.%2c+B%2c%a9rtolo%2c+H.+(2012).+Manual+de+aleitamento+materno.+Acedido+em%3a&u=a1aHR0cHM6Ly93d3cudW5pY2VmLnB0L21lZGlhLzE1ODEvNi1tYW51YWwtZG8tYWxlaXRhbWVudG8tbWF0ZjUyby5wZGY&ntb=1)

Marques, P., Gama, A., Santos, M., Heleno, B., Vermandere, H., Dias, S. (2021).

Understanding Cervical Cancer Screening Barriers among Migrant Women: A Qualitative Study with Healthcare and Community Workers in Portugal. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 7248. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147248>

Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica – episiotomia/ traumática – laceração de 1 e 2 graus). In M. Nené; C. Marques, *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 142 – 148). Lidel editores.

Meneses, T., Mendes, N., Nogueira, I. (2017). Colestase gravídica. In Campos, A., Soares, C., Alves, M., Mira, R., Silva, A., Lacerda, A. *Protocolos de atuação da maternidade Alfredo da Costa* (pp.157 - 159). Lidel

Mengesha, Z., Perz, J., Dune, T., Ussher, J. (2018). Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women. *Sex Reprod Healthcare*. Vol.16, 199 – 205. <https://doi:10.1016/j.srhc.2018.03.007>

Mengesha, Z., Perz, J., Dune, T., Ussher, J. (2018). Preparedness of Health Care Professionals for Delivering Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Mixed Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi:10.3390/ijerph15010174>

Meleis. A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.

Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140/2019 – Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Regulamento n.º 391/2019 – Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03.

Ordem dos Enfermeiros (2000). Dia mundial dos cuidados de saúde baseados em evidência. [Dia Mundial dos Cuidados de Saúde baseados na Evidência - Ordem dos Enfermeiros \(ordemenfermeiros.pt\)](http://ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Médicos (2020). Citologia cervical (esfregaço de papanicolau) em mulheres entre os 25 e os 65 anos de idade. Acedido em: <https://www.bing.com/ck/a?!&&p=46e4358e22faf155JmltdHM9MTY3NzE5NjgwMCZpZ3VpZDQyYzNhN2FiMi1hMmNjLTY3MjltMmY1ZC02YTYyYTNhYjY2MWUmaW5zaWQ9NTI0MA&ptn=3&hsh=3&fclid=2c3a7ab2-a2cc-6722-2f5d-6a62a3ab661e&psq=rastreo+organizado+do+cancro+do+colo+do+utero&u=a1aHR0cHM6Ly9vcmlibWRvc21lZGljb3MucHQvY2l0b2xvZ2lhLWNlcnZpY2FsLWVzZnJlZ2Fjby1kZS1wYXBhbmljb2xhdS1lbS1tdWxoZXJlcy1lbnRyZS1vcy0yNS1lTY1LWFub3MtZGUtaWRhZGUv&ntb=1>

Organização Internacional das Migrações (2019). Glossary on Migration – international migration law. [Web page]. Acedido em: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf. ISSN 1813-2278

Organização Internacional das Migrações (2022). Relatório Mundial de Migrações 2022. [Web page]. Acedido em <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>

Organização Mundial de Saúde (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal. [Web page]. Acedido em <https://iris.who.int/handle/10665/354560>.

Organização Mundial de Saúde. (2022). Refugiados e migrantes têm baixa qualidade de saúde, apontam dados inéditos da OMS. [Web page]. Acedido em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/refugiados-e-migrantes-tem-baixa-qualidade-de-saude-apontam-dados-ineditos-da-OMS>

Organização Mundial de Saúde. (2022). Saúde dos Refugiados e migrantes. [Web

[page\]. Acedido em https://www.who.int/health-topics/refugee-and.migrant-health#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/refugee-and.migrant-health#tab=tab_1)

Organização Mundial de Saúde (2018). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva.

Organização Mundial de Saúde. (2018). Health of refugees and migrants. Regional situation analysis practices, experiences, lessons learned and ways forward. [\[Web page\]. Acedido em https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugee-migrants-euro-20183634ea84-ab36-48ff-8](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/health-of-refugee-migrants-euro-20183634ea84-ab36-48ff-8)

Organização Mundial de Saúde (2015). Sexual health, human rights and law. Switzerland. ISBN 978 92 4 156498 4

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. ISBN9789248548505

Organização das Nações Unidas (2022). Pobreza. [\[Web page\]. Acedido em https://unric.org/pt/eliminar-a-pobreza/](https://unric.org/pt/eliminar-a-pobreza/)

Pacheco e Nené, (2020) Esforços expulsivos. In M. Nené; C. Marques, Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (pp. 131 – 136). Lidel editores.

Palma, F., Reis, C. (2017). Corticoterapia pré-natal. In Campos, A., Soares, C., Alves, M., Mira, R., Silva, A., Lacerda, A. *Protocolos de atuação da maternidade Alfredo da Costa* (pp.166 - 167). Lisboa: Lidel

Parecer 05/2014 (2014). Instituído pela Diretiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995. Grupo de trabalho para a proteção das pessoas no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais. [Web page]. Acedido em https://ec.europa.eu/justice/article-29/documentation/opinion-recommendation/files/2014/wp216_pt.pdf

Pedro, A.R., Amaral, O., Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 34, 259-275 <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.

Peters, M., et al. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E., Munn Z., (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Brings Institute. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Plataforma portuguesa para os direitos das mulheres (2022). *Mulheres Migrantes*.

[Web page]. Acedido em <https://plataformamulheres.org.pt/artigos/temas/interseccionalidade/mulheres-migrantes/>

Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (2022). Quais são os objetivos de desenvolvimento sustentável? [Web page]. Acedido em <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

Purnell, L., (2008). Pessoas de descendência Hindu. In Puernell, L.; Paulanka, B.; *Cuidados de Saúde Transculturais – Uma abordagem culturalmente competente*. (pp 441 – 453). Loures. 3ª edição. Lusodidacta

Regulamento no 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2a série (Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744-4750

Regulamento nº 743/2019 (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rocha, Larissa, Melo, Carolina de, Costa, Roberta, & Anders, Jane Cristina. (2016). A comunicação de más notícias pelo enfermeiro no cenário do cuidado obstétrico. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 20, 981. 4 de maio de 2017. <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160051>

Ruivo, M:A.; Ferrito, C. ; Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, nº 15, Janeiro-Março.

Santiago, C., Figueiredo, M., Basto, M. (2019). Significados atribuídos pelas mulheres migrantes aos cuidados de enfermagem durante a vigilância da gravidez ao pós-parto. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 43(1): 146-153

Sequeira, A., Prata, A.P., Correia, T.I., Henriques, C.M., Monteiro, M.J. (2020) Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In M. Nené; C. Marques, *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 162 – 170). Lidel editors

Sequeira, A., Sardo, D., Pousa, O., Henriques, C., Correia, T., Mascarenhas, C., Amaral, C. (2020). Aleitamento Materno. In A. Sequeira; O. Pousa; C. Amaral (coordenadores), *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 295 – 306). Lidel Editores.

- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2023). Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. [Web page]. Acedido em 10/11/23 em [RIFA2022 vF2a.pdf \(sef.pt\)](#)
- Sliz, A., Szczepanski, S. (2023). Multiculturalism in the social space: Illusion or reality? In *The Transformations of Contemporary Culture and Their Social Consequences: Archerian Studies* Volume 3, Pages 11
- Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. (2020). Consenso sobre Contraceção
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2021). 26 de Setembro: Dia Mundial da Contraceção. [Web page]. Acedido em <https://www.spdc.pt/11-noticias/102-26-de-setembro-dia-mundial-da-contracecao-2>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). Consenso Nacional Sobre Menopausa.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (2013). Consenso de Icterícia Neonatal, acedido em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (2019) Imigração e Acesso aos Cuidados de Saúde. [Web page]. Acedido em 12/06/2012 em <https://spsc.pt/index/php/2017/12/04/imigração-e-acesso-aos-cuidados-de-saude/>
- Sotto-Mayor, L. (2016). Aborto Espontâneo. In M. Néné; R. Marques; M. Batista (coordenadores), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 267 – 275). Lidel editores
- Souto, Danielle da Costa; Schulze, Mariana Datria. (2019). Profissionais de saúde e comunicação de más notícias: experiências de uma unidade neonatal. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(3), 173-184. <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.690>
- [United Nations. \(2017\). Universal Declaration of Human Rights.](#) ISBN: 978-92-1-101364
- Ventura, R. (2016). Os Primeiros Dias do Recém Nascido. In M. Néné; R. Marques; M. Batista (coordenadores), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp.504 - 508). Lidel editores.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Tabelas de extração de dados da RS

Título da Revisão Scoping: Percepção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão *scoping*

Título do Artigo	Autores e Ano	País	Objetivo	População	Tipo de estudo	Resultados
“Healthcare providers’ perceptions of the challenges and opportunities to engage Chinese migrant women in contraceptive counselling: a qualitative interview study”	Hankiz Dolan, Mu Li, Deborah Bateson, Rachel Thompson, Chun Wah Michael Tam, Carissa Bonner and Lyndal Trevena 2020	Austrália	“Explorar as experiências dos profissionais de saúde na prestação de cuidados contraceptivos a mulheres chinesas migrantes, as suas percepções das necessidades de cuidados das mulheres ao escolherem métodos contraceptivos, bem como as suas próprias necessidades no apoio à tomada de decisões das mulheres.	Profissionais de saúde com experiência em mulheres chinesas migrantes.	Qualitativo Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas	Para os profissionais de saúde as melhores práticas de aconselhamento em matéria de contraceção, baseiam-se em cuidados centrados no utente e em decisões informadas. No entanto, estes relatam desafios na avaliação das necessidades de contraceção das mulheres migrantes e refugiadas, especialmente quando os seus maridos estão presentes, uma vez que sentem que as mulheres deixam ser livres nas suas escolhas e não discutem livremente as suas necessidades. Por outro lado, mesmo sozinhas em consulta, as mulheres chinesas não expressam as suas necessidades a não ser que sejam especificamente inquiridas ou oportunamente aconselhadas, por exemplo, aquando a vacinação contra o papiloma vírus, anomalias menstruais ou nas consultas de rotina pós-natal. Profissionais relatam desafios na abordagem de SSR por algumas mulheres se sentirem desconfortáveis a falar sobre temas relacionados com sexo (questões culturais). Os profissionais mencionaram ainda a existência da barreira da comunicação dependente do nível de proficiência da mulher em inglês e a falta de literacia em saúde em relação à SSR por vezes influenciada pelos pares. O estudo sugere um sistema de saúde mais amplo dando resposta às necessidades da pop. migrante: melhoria da competência cultural através de serviços de tradução e intérpretes adequados; disponibilização de um guia de comunicação culturalmente sensível para ajudar os profissionais; existência de materiais traduzidos culturalmente adequados para o aumento de conhecimentos em matéria de SSR.

Título da Revisão Scoping: Percepção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão *scoping*

Título do Artigo	Autores e Ano da Publicação	País	Objetivo	População e Tipo de amostra	Tipo de estudo	Resultados
“Preparedness of Health Care Professionals for Delivering Sexual and Reproductive Health Care to Refugee and Migrant Women: A Mixed Methods Study”	Zelalem B. Mengesha, Janette Perz, Tinashe Dune and Jane Ussher 2018	Austrália	Examinar a percepção da preparação dos profissionais de saúde em relação aos seus conhecimentos, confiança e necessidades de formação quando se trata de cuidar mulheres refugiadas e migrantes que procuram cuidados de SSR.	Profissionais de saúde	Misto Inquérito e entrevistas semi-estruturadas	Os profissionais de saúde referiram falta de conhecimento sobre as questões de SSR em mulheres migrantes e refugiadas afetando a qualidade de cuidados, nomeadamente que os seus estudos de licenciatura e pós-graduação não os tinha preparado para este tipo população. A dificuldade em iniciar a abordagem ao tema SSR e a existência de tabus, podem levar a que as necessidades das mulheres migrantes não sejam atendidas. No entanto profissionais que efetuaram formação em SSR de mulheres refugiadas e migrantes sentiam-se confortáveis na prestação de cuidados. Esta realidade sugere a necessidade de melhorar a formação nas instituições de ensino, nomeadamente em competência cultural, formação em cultura, sexualidade, sensibilidade e consciencialização cultural, questões específicas para mulheres migrantes e refugiadas. Esta formação pode melhorar a comunicação interpessoal e a compreensão na abordagem a esta população.

Título da Revisão Scoping: Perceção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão *scoping*

Título do Artigo	Autores e Ano da Publicação	País	Objetivo	População e Tipo de amostra	Tipo de estudo	Resultados
"Talking about sexual and reproductive health through interpreters: The experiences of health care professionals consulting refugee and migrant women".	Zelalem B. Mengesha, Janette Perz , Tinashe Dune, Jane Ussher 2018	Austrália	Explorar as experiências dos profissionais de saúde no trabalho com interpretes quando cuidam de mulheres refugiadas e migrantes sobre SSR a fim de identificar as implicações para os serviços e política.	Profissionais de saúde Terapeutas sexuais	Qualitativo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas	Os profissionais de saúde revelam que as mulheres migrantes apresentam dificuldades na comunicação interpessoal com os profissionais de saúde no acesso aos cuidados de SSR. Cria-se a necessidade de aumentar a disponibilidade de profissionais de origens culturais e linguísticas diversas. Muitos profissionais de saúde expressaram a sua preocupação com a falta de compreensão dos intérpretes sobre SSR, com dificuldade de interpretar termos técnicos, implicando que os interpretes tenham formação para melhorar os seus conhecimentos em interpretação de SSR facilitando assim a comunicação. Por vezes as mulheres podem não se sentir à vontade em falar deste tema com interpretes do mesmo local onde vivem devido a questões de julgamento ou confidencialidade, ou por serem do sexo masculino. Assim, o estudo sugere que as barreiras de comunicação na prestação de cuidados em SSR a mulheres migrantes e refugiadas podem não ser evitadas mesmo com recurso a intérpretes, sendo necessária formação dos mesmos em matéria de SSR e mais disponibilização de interpretes do sexo feminino.

Título da Revisão Scoping: Percepção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão *scoping*

Título do Artigo	Autores e Ano da Publicação	País	Objetivo	População e Tipo de amostra	Tipo de estudo	Resultados
“Culturally Sensitive Care: Definitions, Perceptions, and Practices of Health Care Professionals”	Ann Claeys, MSc, Saloua Berdai-Chaouni, Advanced MScn, Sandra Tricas-Sauras, PhD, MRes, MSc, RMN, RN, and Liesbeth De Donder, PhD, MSc 2021	Bélgica	Contribuir para o conhecimento e compreensão do cuidado culturalmente sensível. Fornecer informações sobre como os profissionais de saúde definem e percebem os cuidados culturalmente sensíveis e como os cuidados culturalmente sensíveis são prestados pelos profissionais na prática.	Profissionais de saúde e estudantes	Qualitativo Focos grupo e entrevistas	<p>Os profissionais consideram a prestação de cuidados culturalmente sensíveis difícil, sentindo-se inseguros, levando-os a procurar conhecimento cultural para limitarem as suas inseguranças.</p> <p>Os profissionais têm uma definição restrita do conceito de cuidados culturalmente sensíveis, referindo necessitar de maior informação sobre cultura.</p> <p>Por vezes os preconceitos e estereótipos dos próprios profissionais dificultam a comunicação e geram potenciais conflitos. É necessária uma consciência e sensibilidade culturais para ter empatia pela diversidade cultural.</p> <p>Acredita-se que para abordar a temática de cuidados culturalmente sensíveis, métodos de aprendizagem interativos com supervisão, exercícios de reflexão, exercícios entre pares com simulações podem ser mais valiosos o método de aprendizagem por transferência de conhecimentos.</p>

Título da Revisão Scoping: Perceção dos profissionais que trabalham com mulheres migrantes sobre as necessidades de cuidados destas no âmbito da saúde sexual e reprodutiva: uma revisão *scoping*

Título do Artigo	Autores e Ano da Publicação	País	Objetivo	População e Tipo de amostra	Tipo de estudo	Resultados
“Midwives’ experiences of cultural competency training and providing perinatal care for migrant women a mixed methods study: Operational Refugee and Migrant Maternal Approach (ORAMMA) project”	Frankie Fair, Hora Soltani , Liselotte Raben, Yvonne van Streun, Eirini Sioti, Maria Papadakaki, Catherine Burke, Helen Watson, Mervi Jokinen, Eleanor Shaw, Elena Triantafyllou, Maria van den Muijsenbergh, and Victoria Vivilaki 2021	Reino Unido Grécia Holanda	Avaliar o impacto do treino em cuidados de maternidade empáticos e culturalmente sensíveis no âmbito do conhecimento, atitudes, habilidades e competência cultural. (no âmbito do projeto ORAMMA- A formação foi ministrada através de um manual específico aplicado à prática dividido em 3 módulos: antecedentes de migração e problemas que as mulheres enfrentam; visão geral dos cuidados de maternidade das mulheres migrantes; desafios e oportunidades simuladas em torno de uma comunicação eficaz e de cuidados respeitosos, e culturalmente competentes.	Parteiras que cuidam mulheres migrantes	Misto Questionários e entrevistas	A opinião das parteiras foi muito positiva em relação à formação. A formação em cuidados de maternidade empáticos e culturalmente sensíveis contribuiu para um aumento significativo de conhecimentos, da competência cultural auto percebida pelos próprios participantes. Os profissionais gostaram do apoio do manual para melhoria da comunicação com as mulheres migrantes, da formação em competências culturais específicas para profissionais de saúde e da existência de pares/tradutores a dar apoio a maternidade embora estes últimos acarretem os seus desafios (algumas mulheres migrantes podem sentir-se menosprezadas, depende da qualidade de relação possível de estabelecer entre o apoiante da maternidade e a mulher.

APÊNDICE II - Consentimento informado

Consentimento livre, esclarecido e informado

Esta informação deverá ser lida com atenção. Se tiver alguma dúvida ou necessitar de esclarecimento adicional, por favor solicite-o.

O Projeto “ Contributos para salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes” elaborado pela aluna Sara Maria Dias dos Santos, no âmbito do 13º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), tem com objetivos principais identificar as dificuldades sentidas pelas mulheres migrantes no âmbito dos cuidados em saúde sexual e reprodutiva em Portugal e planejar estratégias que permitam salvaguardar os seu direitos sexuais e reprodutivos.

Para alcançar estes objetivos venho solicitar a sua participação numa entrevista. Esta será anónima e confidencial sendo que os dados recolhidos servirão apenas para os objetivos mencionados e serão respeitados os princípios éticos e deontológicos inerentes.

A participação é voluntaria, sem despesas, segura e isenta de riscos para os participantes.

Só deve aceitar participar depois de se sentir esclarecido podendo solicitar informações sempre que necessitar.

Poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo algum.

O meu endereço de email é sarasantos@campus.esel.pt

O meu contacto telefónico 967221786

Agradeço o seu interesse e decisão em participar neste estudo

Por favor, caso concorde preencha com "x" o formulário

1. Confirmando que li e compreendi a carta informativa associada ao estudo
2. Foi-me dada a oportunidade de solicitar mais informações e estas foram esclarecidas de forma satisfatória.
3. A minha participação é voluntária e sou livre de desistir do estudo em qualquer altura sem ter consequências ou ter de dar justificações. Basta informar a investigadora.
4. Compreendo que caso este trabalho venha a ser publicado, todos os dados serão mantidos anónimos, sem serem identificados como meus.
5. Compreendo que os dados fornecidos serão apenas utilizados para fins deste estudo.
6. Declaro que aceito a gravação da entrevista em áudio. A investigadora poderá enviar-me o verbatim.
7. Declaro que tomo a minha decisão livre e informada e aceito participar no estudo.

Se quiser desistir posso contactar sarasantos@campus.esel.pt.

Nome do participante

Data

Nome da Investigadora Responsável

Data

(documento em duplicado)

APÊNDICE III – Análise de Conteúdo

Categoria	Subcategorias	Unidades de Registo
<p>Perspetiva dos profissionais sobre a acessibilidade das mulheres migrantes aos serviços de saúde sexual e reprodutiva</p>	<p>Acesso tardio a vigilância da gravidez</p>	<p>A1 “acho que as mulheres migrantes têm acesso aos serviços”; A2 “Têm acesso aos serviços de SSR, mas chegam tarde, na sua maioria para vigilância da gravidez”; A3 “Têm acesso”; A4 “Eu acho que têm bom acesso”; A5 “conseguem ter acesso aos cuidados”; A6 “as mulheres recorrem aos serviços de saúde”; A7 “chegam até nós tardiamente, algumas já grávidas dos seus países de origem”; A8 “sim, de uma forma geral chegam até nós”.</p> <p>A1 “maioritariamente das mulheres vêm por estarem grávidas, para seguimento da gravidez”; A2 “recorrem para vigilância da gravidez”; A3 “vêm por estarem grávidas, para seguimento”; A4 “por norma estão grávidas”; A5 “vêm pela gravidez”; A6 “vêm grávidas já dos seus países de origem e vêm para vigilância da gravidez”; A7 “recorrem para vigilância de gravidez”;</p>
	<p>Complicações decorrentes da gravidez / doença / aborto</p>	<p>A1 “vêm apenas quando têm algum problema”; A2 “chegam quase sempre tardiamente, sem vigilância na sua maioria”; A3 “já vêm tarde quando já estão grávidas, sem vigilância prévia”; A5 “recorrem tarde, procuram-nos quando têm algum problema instalado. As mulheres migrantes não recorrem aos serviços de saúde para realizar prevenção de saúde”; A7 “recorrem apenas quando têm algum sintoma que as incomode, ou quando percebem que estão grávidas”; A8 “chegam a nós quando sentem algo diferente com o seu corpo e por vezes já estão com um problema de saúde”.</p>

		<p>A1 “por norma adquirem diabetes gestacional, ou hipertensão da gravidez”; A2 “algumas senhoras recorrem também por sentirem alguma dor aguda, perda de sangue aumentada, alterações no corrimento”; A3 “vêm por estarem grávidas, para vigilância e por vezes recorrem para abortar”; A4 “apresentam alguns problemas frequentes como a diabetes gestacional ou hipertensão na gravidez”; A5 “frequentemente têm diabetes gestacional”; A7 “recorrem ou por doença, dor abdominal intensa ou perda de sangue”. A8 “são senhoras com diabetes gestacional, doenças hipertensivas da gravidez, bebés macrossómicos”.</p>
<p>Barreiras percecionadas pelos profissionais nos cuidados às mulheres migrantes</p>	<p>Barreira linguística</p>	<p>A1 “têm uma grande barreira linguística, estão sempre à espera dos maridos para falar”; A2 “têm como barreira a língua, e depois muitas nem falam inglês”; A3 “as mulheres enfrentam a barreira linguística”; A5 “penso que tem uma grande dificuldade na linguagem”; A7 “elas têm uma grande barreira linguística, vêm sempre acompanhadas e os maridos falam por elas”; A8 “têm dificuldade para se exprimir”; A4 “A barreira linguística é uma dificuldade, melhora quando sabem falar um pouco de inglês. No entanto, mesmo quando usamos o tradutor do telemóvel, nem sabemos bem se a tradução é bem feita! É pouco fiável! Fico com a sensação que não perceberam a mensagem que lhes transmiti”; A6 “A minha principal dificuldade é a comunicação, estabelecer um diálogo. Por vezes sinto-me constrangida por não conseguir transmitir o que quero”; A5 “tenho dificuldade em comunicar, em saber se aquilo que tentei transmitir foi percebido e fez sentido”; A7 “temos mulheres que não falam inglês e nós não sabemos falar as suas línguas nativas, vêm acompanhadas por elementos</p>

		masculinos e aí pode haver uma deturpação dos dados que conseguimos colher”; A8 “a minha maior dificuldade é perceber se, de uma forma profunda, a mensagem que eu estou a transmitir faz sentido para aquela mulher”
	Barreira cultural	<p>A1 “é difícil que espontaneamente falem sobre o que as preocupa relativamente à saúde sexual e reprodutiva, as mulheres migrantes são submissas nos cuidados, aceitam o que lhes propomos; querem sempre a presença do marido; A2 “têm costumes e hábitos diferentes dos nossos, os quais desconhecemos”; A7 “os homens são dominantes, vêm acompanhadas por amigos do marido ou pelo marido, não deixam que as mulheres se expressem”.</p> <p>A1 “temos muita dificuldade no trabalho de parto, não conhecemos os seus valores, estão sempre a tapar-se, parecem desconfortáveis”; A2 “sinto que sei pouco sobre as diferentes culturas”; A3 “Há profissionais que acham que as mulheres devem falar português, e que devem ser observadas pelo profissional que está presente independentemente de ser homem ou mulher”; A3 “é difícil abordar temas de saúde sexual e reprodutiva porque também não conhecemos os seus hábitos e valores”; A7 “são mulheres com crenças culturais muito enraizadas, explicamos como é o corpo, a menstruação, elas até nos ouvem, mas depois têm toda a bagagem da família e já pensam diferente.”; A8 “penso que às vezes só parte da mensagem é que se adequa porque nós passamos a mensagem à luz do que é a nossa cultura e não a delas. E assim não estamos a ir ao encontro das suas necessidades, é difícil! O não conhecer a realidade delas torna difícil o nosso trabalho”</p>

	<p>Barreira organizacional</p>	<p>A3 “às vezes quem está por detrás dos guichês também não se esforça por entendê-las e é difícil arranjar tradutores”; A5 “o não terem número de utente faz com que não saibam onde se dirigir e levem mais tempo a marcar consulta”; A6 “a questão da legalidade é um entrave nos cuidados de saúde primários, por nem todos os centros receberem pessoas sem número de utente”; A7 “Têm dificuldade em perceber o circuito do utente, a quem se dirigir e o facto de não terem número do serviço nacional de saúde faz com que não sejam atendidas em todos os sítios”; A8 “têm dificuldade em chegar às pessoas certas, perceber o circuito do utente... Penso que olhar para elas fica em segundo plano, a saúde não é a prioridade, mas sim as questões económicas, a fixação ao país, o seu lar”.</p> <p>A4 “sabemos que existe a linha de tradução, mas de madrugada é difícil usar”; A7 “temos pouco tempo para estabelecer uma relação com estas famílias migrantes, o tempo das consultas é reduzido”; A7 “sabemos da linha de tradução, mas estas senhoras chegam quase sempre atrasadas às consultas, há poucos tradutores, tornando difícil o agendamento”; A8 “temos pouco tempo e poucos recursos humanos para dar resposta às necessidades das senhoras; o nosso atendimento é mais demorado quando não se domina a língua, é mais exigente”</p>
	<p>Barreira do cuidador</p>	<p>A3 “temos dificuldade em chegar a estas mulheres, quase que como prestássemos cuidados transversais. Falta-nos sensibilidade cultural, entendermos a cultura das outras pessoas; às vezes o que pensamos erradamente pode afetar o cuidado”; A5 “penso que os profissionais</p>

		andam cansados e não têm tanta disponibilidade para conhecer outras culturas”; A8 “é preciso ter algum gosto pela multiculturalidade, para procurar saber mais”
	Iliteracia em saúde	A7 “as mulheres não conhecem o seu corpo, não sabem o ciclo menstrual, o que é a saúde sexual, o que é o prazer. Por exemplo, pensam que tomar um contraceptivo é deixarem de controlar o seu corpo, como se houvesse algo externo que o fizesse, que o sangue não sai. Em relação ao prazer, muitas nem sabem o que isso é devido aos casamentos “arranjados” fruto de algumas culturas. Quando estão grávidas, às vezes faltam às consultas, chegam atrasadas, não sabem que é necessário realizar os exames em determinadas datas, cumprir prazos, para uma correta vigilância, há um grande desconhecimento”.
Perceção dos profissionais sobre estratégias para ultrapassar as barreiras e melhoria da qualidade de cuidados	Comunicação não verbal	A2 “na minha prática por vezes uso gestos ou imagens que ajudem a transmitir o que pretendo”; A3 “uso muito a linguagem gestual e imagens ilustrativas; A4 “recorro aos gestos e imagens”; A5 “utilizo gestos, mostro imagens na tentativa de me explicar o melhor possível”
	Recurso a tecnologias	A1 “temos uma página nas redes sociais na qual divulgamos conteúdo sobre gravidez e parto em inglês”; A2 “utilizo muitas vezes o google tradutor”; A3 “temos uma página nas redes sociais na qual divulgamos conteúdo sobre gravidez e parto em inglês”; A4 “uso às vezes o google tradutor no telemóvel”; A5 “uso o google tradutor do telemóvel”; A6 “uso a ajuda do google tradutor no telemóvel”; A7” temos também documentos escritos, digitais e áudio em várias línguas que podemos usar nas consultas, tivemos essa ajuda da fundação AGAkHAN”; A8 “usamos o google tradutor”.

	Recurso a documentos traduzidos	A1 “temos documentos traduzidos em várias línguas para facilitar a comunicação; fazemos um curso de preparação para o nascimento dirigido à população migrante, costuma ter um feedback positivo”; A2 “utilizo também alguns documentos traduzidos na língua da pessoa em questão”; A3 “uso os folhetos em inglês quando o dominam”; A4 “Também uso folhetos traduzidos na língua nativa da senhora/casal, se existirem sobre o tema pretendido”; A5 “uso o guia de acolhimento que esta traduzido em várias línguas”; A6 “utilizamos documentos traduzidos nas várias línguas, temos um grupo de trabalho dedicado às questões da multiculturalidade que faz um curso de preparação para o parto em inglês por forma a integrar os casais nos cuidados”; A7” temos também documentos escritos traduzidos em várias línguas”; A8 “usamos folhetos traduzidos;
	Recursos Humanos	A5 “às vezes recorro á ajuda do marido para a tradução e assim ser de intermediário, mas tenho noção que às vezes eles podem inibir ou influenciar as decisões da mulher”; A7 “a equipa teve o cuidado de ter um médico do sexo masculino e uma enfermeira do sexo feminino e vice-versa, para que todos se sentissem à vontade; todos os elementos da equipa falam inglês; tentamos agendar maior número de consultas para estas senhoras afim de conseguir abordar mais assuntos de saúde do seu interesse; “fazemos encaminhamento das senhoras por exemplo para a NIALP ou para a nossa assistente social; temos um projeto de partilha de informação onde fazemos educação para a saúde em inglês e aproveitamos esses momentos para criação de rede de apoio entre os participantes, assim como permitimos a

		<p>partilha de experiências; A8 “se necessário articulamos com os cuidados de saúde primários ou com o serviço social. Às vezes também recorremos aos maridos, usamo-los como intermediários.</p>
<p>Sugestões para melhoria de cuidados</p>	<p>Formação</p>	<p>A3 “devíamos ter formação conjunta sobre sensibilidade cultural”; A5 “devíamos investir mais no conhecimento de outras culturas para facilitar a nossa abordagem, sabermos os valores a respeitar”; A6 “seria útil existir formação em serviços sobre as diferentes culturas”; A7 “a formação em diversidade cultural, nunca é demais por isso deve ser fomentada desde o curso base e atualizada sempre que necessário. Todas as pessoas que dão apoio à comunidade migrante deveriam receber formação em cuidados culturais”; A8 “seria interessante no curso base começar a sensibilizar para as questões culturais. As estratégias de comunicação e o conhecimento sobre as diferentes culturas deveria começar no curso base e depois esta formação ser atualizada ao longo da carreira. Seria interessante realizar seminários sobre multiculturalidade; haver cursos sobre as culturas, para perceber os vários rituais no âmbito de saúde sexual e reprodutiva”.</p>
	<p>Agentes comunitários</p>	<p>A6 “seria útil ter mediadores que facilitassem a comunicação com estas senhoras”; A7 “seria importante a existência de agentes comunitários, pessoas da comunidade com formação em saúde ou sociologia que as acompanhassem às consultas”; A8 “Seria bom existir recursos humanos e tempo para estar com estas senhoras e poder dar resposta às suas necessidades; haver mediadores culturais que nos ajudassem”</p>

	Políticas de saúde	A7 "seria importante pensar-se em novos indicadores e políticas de saúde direcionadas para a população migrante, há necessidade de alongar as consultas, ver quantas consultas são necessárias para que aquela gravidez seja realmente vigiada, existir uma adenda ao programa nacional de vigilância de gravidez de baixo risco para estas população, por forma a ser adaptado às necessidades reais, assim como um aumento dos recursos humanos.
--	--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Apêndice IV - Apresentação de sessão de educação para a saúde "cuidados
pós parto/*postpartum-care*"**

MATERNIDADE activa
Cuide Bem a Criança

08 | Fev
12h00

8th / Feb
12 pm

Cuidados no Pós-parto Postpartum care

Estudante CMESMO Sara Santos

1

SUMÁRIO SUMMARY

- Cuidados na primeira semana após parto
- 1st week after the birth

2

1ª semana 1st week

Adaptação familiar

Adaptation to the new family reality

Hospital
> 42h

Alta
Hospital discharge

Em casa
At Home

USF da Baixa

3

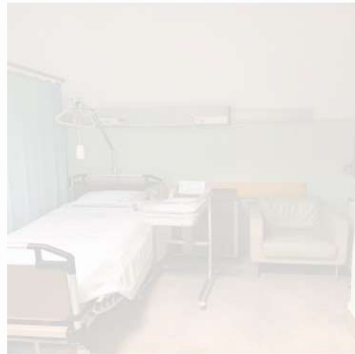
O que acontece na 1ª semana?

What happens in the 1st week?



4

Hospital



Alojamento conjunto **MAC**
Joint accommodation **MAC**

- ✓ Internamento - "Puerpério"
- ✓ Avaliação física da mãe e do bebé.
- ✓ Promoção bem-estar
- ✓ Promoção do aleitamento materno
- ✓ Administração 1ª vacina: VHB

- ✓ Hospitalization - "Puerpério"
- ✓ Physical exam
- ✓ Pain relief promotion
- ✓ Breastfeeding promotion
- ✓ Hepatitis B vaccine administration

5

Horário das visitas Visiting hours

MAC



- ✓ 12h-21h - pessoa significativa;
- ✓ 14h30 - 16h30 - podem estar duas pessoas;
- ✓ 18h30 - 20h30 - podem estar outros filhos

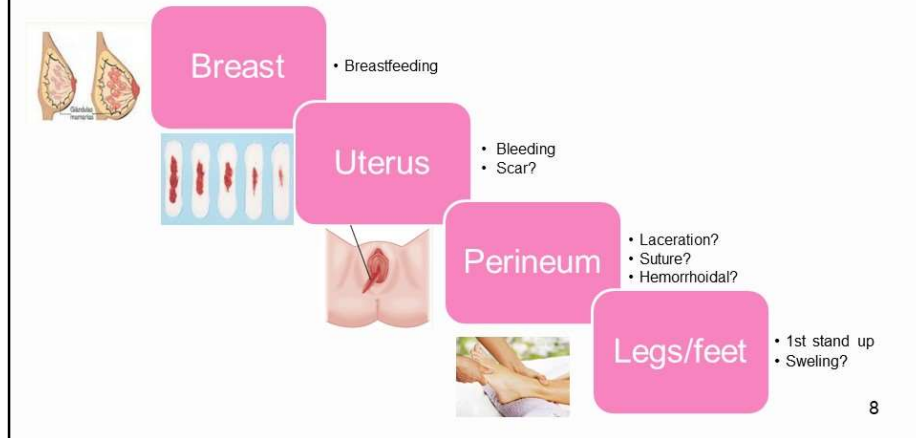
- ✓ 12pm-9pm - significant person;
- ✓ 2:30-4:30pm - two people can be there;
- ✓ 6:30pm-8:30pm - other children may be present

6


Alterações físicas no pós parto




Physical changes in the postpartum




Alta
Hospital discharge




Evolução do peso
Baby Weight




Educação para a Saúde
Answer questions



Avaliação bilirrubina
Bilirubin skin test




Rastreio Auditivo
Hearing screening



Registo Civil
Civil Registration

9




Em casa
At home

- Ouça o seu bebé
- Conforte-o
- Descanse
- Alimente-se de forma variada
- Hidrate-se
- Auto-cuidado
- Partilhem tarefas

- Listen to your baby
- Comfort him
- Rest
- Eat a varied diet
- Hydrate
- Self-care
- Share duties


10



Cuidados ao Recém-nascido

Alimentação

- ✓ Amamentar em horário livre (3/3h)



Segurança

- ✓ Nunca deixe o bebé sozinho
- ✓ Bebê dormir de barriga para cima em berço

Eliminação

- ✓ Mudança de fralda (urina e evacua várias vezes em 24h)

Cuidados à pele

- ✓ Vigiar coloração da pele (amarelada após 24h?)
- ✓ Cuidados ao coto umbilical

11

Cuidados com o coto umbilical:

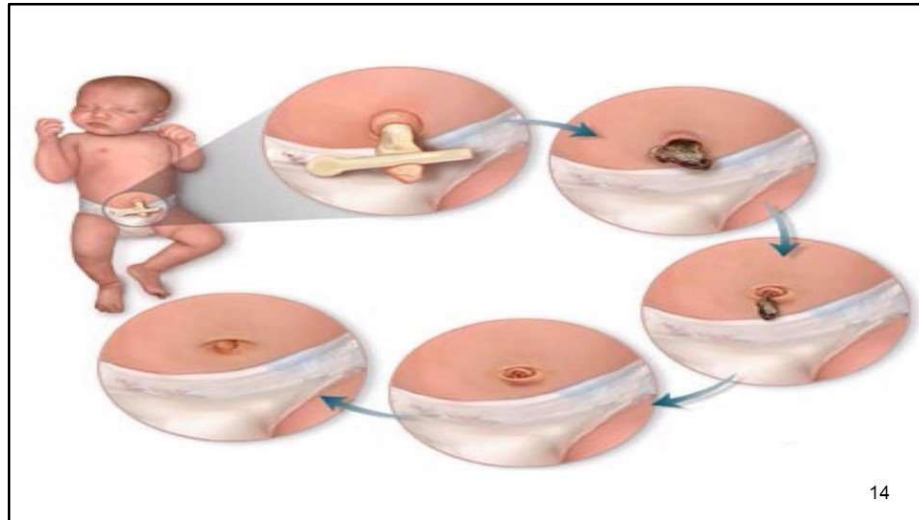
✓ Limpo e seco




Umbilical stump care:

✓ Clean and Dry

13



14



USF
da Baixa

Agendar
atempadamente
1ª consulta e
Teste do Pezinho

3 – 6 dia/day

Until the sixth day
go to the health
center for the heel
prick

15



Apêndice V- Apresentação de sessão de sensibilização para a competência cultural

CONTRIBUTOS PARA SALVAGUARDAR OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES MIGRANTES -Experiências no Puerpério-

Projeto de Estágio

13º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia - Unidade Curricular Opção II

Mestranda: Sara Santos, nº 1022

Enfermeira Orientadora: EEESMO



1

Índice

1 APRESENTAÇÃO DO PROJETO

- ✓ 1.1 Justificação do Tema
- ✓ 1.2 Objetivos
- ✓ 1.3 Palavras Chave
- ✓ 1.4 Enquadramento conceptual
- ✓ 1.5 Referencial Teórico
- ✓ 1.6 Revisão Scoping
- ✓ 1.7 Apresentação de Resultados
- ✓ 1.8 Atividades Planeadas

2 EXPERIÊNCIAS DO PUERPÉRIO

3 BIBLIOGRAFIA

2



1. Apresentação do Projeto

CONTRIBUTOS PARA SALVAGUARDAR OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES MIGRANTES

Orientadora:

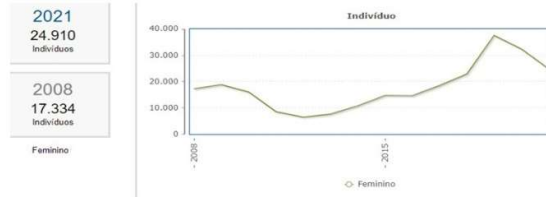
3



1.1. Justificação do Tema

Os fenómenos migratórios são uma realidade atual que fazem parte da história de todos os povos.

(Organização Internacional para as Migrações, 2022)



(PORDATA, 2022).

4



1.2. Objetivos

1. Identificar as dificuldades sentidas pelas mulheres migrantes em saúde sexual e reprodutiva em Portugal

2. Planear estratégias que permitam salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes nos vários contextos de intervenção do EEESMO.

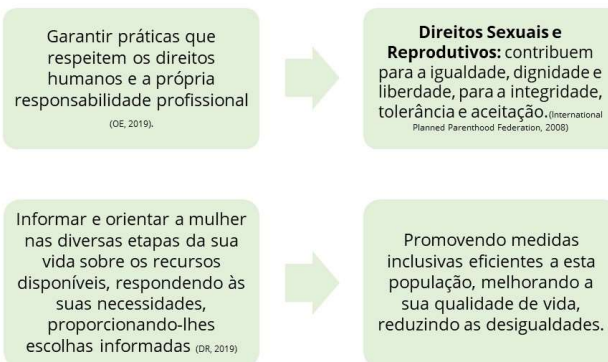
1.3. Palavras-chave

Migrant women, Barriers, Sexual and reproductive health, Portugal

5



Competências de Especialista



6



1.4. Enquadramento Conceptual



7

1.5. Referencial Teórico

Teoria das Transições de Afaf Meleis



É esperado que a pessoa migrante consiga envolver-se, consciencializar-se, sentir-se integrada e arranjar estratégias de confiança e *coping* para alcançar nova homeostasia, assimilando o novo papel (Meleis, 2010).

8

1.6. Revisão Scoping

Título: Barreiras no acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva em mulheres migrantes em Portugal: uma Revisão *Scoping*

Objetivo: "Identificar as barreiras apresentadas às mulheres migrantes no acesso aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva em Portugal".

Critérios de inclusão:

Tipos de participantes: todos os estudos em que participem mulheres migrantes

Conceito: os estudos considerados abordam as barreiras ao acesso à saúde sexual e reprodutiva em mulheres migrantes

Contexto: serão incluídos estudos referentes a Portugal.

Tipos de fonte de evidência: considerados todos os estudos, qualitativos, quantitativos e mistos que foram ao encontro dos critérios de inclusão.

9

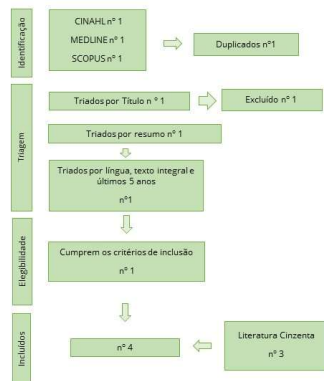
Revisão Scoping

Estratégia de Pesquisa: Foi realizada uma revisão *scoping* segundo o manual do Instituto Joanna Briggs, utilizando as bases de dados CINALH, MEDLINE E SCOPUS. Foram incluídos artigos desde 2017 a 2022 em língua inglesa, portuguesa e espanhola disponibilizados em texto integral, realizados em Portugal que envolvessem mulheres migrantes e o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva

10



Revisão Scoping



CARACTERÍSTICAS DAS FONTES DE EVIDÊNCIA

Incluídos no estudo:

- Artigos publicados entre 2017 e 2022;
- 3 estudos publicados em língua inglesa, 1 em língua portuguesa, todos realizados em Portugal;
- A população inclui: profissionais de saúde, peritos na área de migração e pessoas migrantes

Adaptado do Prisma desenvolvido por Moher et al (2009), de acordo com JBI (2020).

11



1.7. Apresentação de Resultados

BARREIRAS INDIVIDUAIS	BARREIRAS SOCIOCULTURAIS	BARREIRAS ORGANIZACIONAIS	BARREIRAS ECONÓMICAS
Relacionam-se com o que a pessoa sabe sobre o tema	Relacionam-se com crenças, rituais e o choque entre culturas diferentes, língua/comunicação	As que são impostas pelo próprio sistema de saúde	Visíveis ou não consoante a situação financeira de cada migrante.

12



Apresentação de Resultados



7. Apresentação de Resultados

O que é possível realizar?

- Construir um ambiente seguro para estabelecer uma relação de confiança.
 - Permitir a continuidade de cuidados e interação entre profissional e mulher migrante.
 - Colaborar com instituições comunitárias na área da migração pode ser fundamental para obter informação cultural e linguisticamente adaptadas às migrantes.
 - Criação de políticas de saúde equitativas para migrantes.
- 14
-

1.8. Atividades Planeadas

- **Tipo de estudo:** Exploratório e descritivo de natureza qualitativa.
 - **População:** Peritos que trabalhem com mulheres migrantes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (amostra intencional).
 - **Critérios de Inclusão:** Profissionais que trabalhem/interajam com mulheres migrantes no âmbito da saúde sexual e reprodutiva em Portugal.
 - **Instrumento de colheita de dados :** Foi escolhida a entrevista por permitir compreender um fenómeno experienciado pelos participantes.
- 15
-

Atividades Planeadas

O que pretendo fazer com a informação?

- ❖ Disseminar a informação;

16



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-



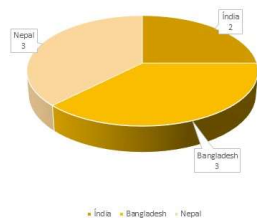
Guia orientador sobre as experiências percebidas pelas utentes migrantes

17

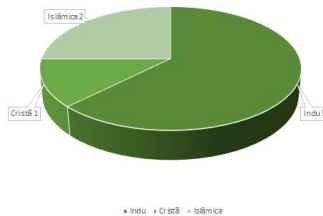


2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

Número de utentes migrantes



Religião



18



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

BARREIRAS INDIVIDUAIS

Comunicação	Insegurança relativamente à alimentação do bebé	Falta de informação sobre: - benefícios da vacinação; - recursos que existem na comunidade; - disponibilidade de métodos contraceptivos; - retorno à sexualidade (relações coitais)	
Todas as utentes (desconhecem a existência de escolas para aprender a língua ou não o acham necessário;	Todas as utentes (desconhecem a existência de apoio na amamentação na comunidade; perpetuação de crenças) Diapositivo 32	1 utente revelou desconhecimento sobre as vacinação	4 utentes desconheciam onde recorrer em caso de emergência. Todas as utentes revelaram não saber quais os métodos contraceptivos existentes em Portugal. (depois de informadas referiram preferir manter o seu método de contraceção: método natural o preservativo)

19



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

Características Individuais Positivas

- Emocionalmente todas as utentes migrantes se sentiam cansadas, mas muito felizes referindo o nascimento do filho como uma bênção do seu Deus.
- Independentemente do tipo de parto, apesar da dor na sutura operatória, episiorrafia ou de laceração, todas as mulheres estavam felizes por estar com os seus bebés, para além de referirem ser capazes de cuidar deles no domicílio (mesmo sem apoio de rede familiar).

20



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

BARREIRAS SOCIOCULTURAIS

Comunicação	Crenças	Rede de apoio
(desconforto na abordagem do tema saúde sexual e reprodutiva)	(em relação ao colostro, rituais de visitas ao bebé, necessidade de local abrigado no pós parto).	Referiram saudades e estar sozinhas, sem apoio familiar para cuidar dos filhos.

Característica Sociocultural Positiva

- Nas suas culturas é natural amamentar o bebé até aos 2 anos de idade pelo que aceitam a estimulação mamária, por exemplo com bomba elétrica;

21



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

BARREIRAS ORGANIZACIONAIS

Comunicação

(dificuldade de comunicação identificada nos profissionais de saúde)

Tradutores

Nem sempre é disponibilizada / divulgada a linha de tradição telefônica.

Características Organizacionais Positivas

- Foi possibilitada a vigilância da gravidez a todas as mulheres migrantes
- As mulheres migrantes referiram facilidade no acesso às consultas
- Foram disponibilizadas informações sobre o acolhimento na unidade, cuidados ao RN e cuidados/procedimentos para a alta em folhetos em língua inglesa.

22



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

BARREIRAS ECONÓMICAS

Habitação

Todas as utentes residem com os maridos em casas alugadas.
(apenas agregado familiar)

Trabalho

2 utentes referiram ter um emprego antes de engravidar: uma trabalhava com o marido num restaurante e outra em limpezas num hostel;
6 utentes referiram ser domésticas.

23



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

Cuidados Culturalmente sensíveis



Relacionam-se com atitudes e com a forma de comunicação do cuidador.

Competência cultural



Significa ter conhecimentos e habilidades que permitam prestar cuidados congruentes com as crenças e práticas culturais dos utentes.

(Purnell, 2008)

24



2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-

Conclusão

- Conhecer/Compreender um pouco de cada cultura ajudou-me a quebrar algumas das barreiras socioculturais existentes;
- Na minha opinião seria uma mais valia poder ter formação acerca da culturas diferentes.
- Penso que seria importante articular/encaminhar as mulheres migrantes na comunidade para que numa próxima gravidez pudessem, por exemplo, fazer um curso de preparação para o parto e parentalidade, promovendo-lhes conhecimento nomeadamente sobre amamentação.

25



Bibliografia

- Alarcão, V., Stefanovska-Petkovska, M., Virgolino, A., Santos, O., Ribeiro, S., Costa, A., Nogueira, P., Pascoal, P. M., Pintassilgo, S., & Machado, F. L. (2019). Fertilidade, Migração e Aculturação (FEMINA): protocolo de pesquisa para estudo das desigualdades interseccionais de saúde sexual e reprodutiva. *Saúde reprodutiva*, 16(1), 140. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0795-5>
- Dias, S., Marques, M.J., Gama, A. Pedro, A.R., Barreiros, F., Mendonça, J., Loureiro, I., Fernandes, A.C. (2021). Literacia em Saúde em Populações Migrantes. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Doetsch, J., Almendra, R., Carrapatoso, M., Teixeira, C., Barros, H., (2021). Equitable migrant-friendly perinatal healthcare access and quality in public maternity units in Portugal. *The European Journal of Public Health*, Vol. 31, (5), 951-957
- Jeremias, C. (2009). Diversidade Cultural nos Primeiros Anos de Vida: um olhar pelas culturas cigana, Hindu e Islâmica, In Lopes, J.; Santos, M., Dias de Matos, M., Ribeiro, Olivério (2009). *Multiculturalidade - Perspetivas da enfermagem, contributos para melhor cuidar*. (pp.181 - 210). Lusociência

26



Bibliografia

- Marques, P., Gama, A., Santos, M., Heleno, B., Vermandere, H., Dias, S. (2021). Understanding Cervical Cancer Screening Barriers among Migrant Women: A Qualitative Study with Healthcare and Community Workers in Portugal. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 7248. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147248>
- Monteiro, I., (2007). Ser mãe hindu - práticas e rituais à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de migração. Lisboa. Alto comissariado para a imigração e diálogo intercultural.
- Organização Mundial de Saúde. (2022). Saúde dos Refugiados e migrantes. [Web page]. Acedido em https://www.who.int/health-topics/refugee-and-migrant-health#tab=tab_1
- Purnell, L., (2008). Pessoas de descendência Hindu. In Purnell, L.; Paulanka, B.; *Cuidados de Saúde Transculturais - Uma abordagem culturalmente competente*. (pp. 441 - 453). Loures. 3ª edição. Lusodidacta

27



9. Bibliografia

Purnell, L., (2008). A diversidade cultural e a prestação de cuidados de saúde. In Purnell, L.; Paulanka, B.; *Cuidados de Saúde Transculturais – Uma abordagem culturalmente competente*. (pp. 1 – 19). Loures. 3ª edição. Lusodidacta

Santiago, C., Figueiredo, M., Basto, M. (2019). Significados atribuídos pelas mulheres migrantes aos cuidados de enfermagem durante a vigilância da gravidez ao pós-parto. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 43(1): 146- 153

United Nations. (2017). *Universal Declaration of Human Rights*. ISBN: 978- 92-1-101364-1

CONTRIBUTOS PARA SALVAGUARDAR OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES MIGRANTES

Obrigada

2. Experiências do Puerpério -com mulheres migrantes-



ANEXOS

ANEXO I- Síntese de atividades realizadas

2. Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	32
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	114
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	40
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	0
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	0
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	9
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	9
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	32
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	76
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	4
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	0
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	100
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	100
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	11
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	45

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/ <i>Supervision and care to the woman in the area of sexual health</i>	0
• Colocação de DIU/IUD <i>insertion practice</i>	0
• Colocação de implantes/ <i>Implants insertion practice</i>	0
• Observação ginecológica e colpocitologia/ <i>Gynecological observation practice and colpocytology</i>	1
10. Prática Simulada/ <i>Simulated practice</i>	
• Prática em partos eutócicos/ <i>Practice eutocic delivery</i>	3
• Prática em partos de apresentação pélvica/ <i>Practice in breech presentation deliveries</i>	1
• Prática de episiotomia e iniciação à sutura/ <i>Practice on episiotomy and initiation to the suture technique</i>	4
• Prática na colocação de DIU/IUD <i>insertion practice</i>	1
• Prática na colocação de implantes/ <i>Implants insertion practice</i>	1
• Prática de observação ginecológica e colpocitologia/ <i>Gynecological observation practice and colpocytology</i>	2

Lisboa, 17/07/2023

Estudante/*Student*

Sara Santos

Sara Santos

Docente/*Teacher*
Coordinator

Coordenador do Curso/*The Course*

Assinado por: Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Num. de Identificação: 06055863
Data: 2024.04.11 17:43:22+01'00'

Assinado por: Maria Anabela Ferreira dos Santos
Num. de Identificação: 05069744
Data: 2024.04.08 14:55:30+01'00'



CHAVE MÓVEL
Master Course

Curso em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia/*Maternal Health and Obstetrics*

ANEXO II - Parecer positivo da comissão de ética

PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA DA ESEL

Processo Nº: 7133/2022

Da apresentação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL recebeu, com data de 27 de janeiro, resposta ao parecer enviado por este CE, da **Mestranda Sara Maria Dias dos Santos, 13º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa**, para apreciação do projeto: "Contributos para salvaguardar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres migrantes", orientado pela Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira.

O processo contém os seguintes documentos, datados por ordem de entrega:

03.11.2022	1) Carta dirigida ao Presidente da ESEL; 2) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL; 3) Guião de Entrevista dirigida a peritos; 4) Consentimento livre, esclarecido e informado.
08.11.2022	Pedido de nota biográfica.
14.11.2022	5) Nota biográfica;
06.12.2022	Enviado parecer condicionado
27.01.2023	6) Carta dirigida ao Presidente da ESEL corrigida; 7) Consentimento livre, esclarecido e informado; 8) Formulário para submissão de projeto de investigação ao CE da ESEL; 9) Guião de Entrevista dirigida a peritos;

Foram analisados os documentos de resposta 6), 7), 8) e 9).

Os dados fornecidos foram suficientes para a decisão deste Conselho de Ética.

Da apreciação dos factos:

O Conselho de Ética da ESEL, reunido a 16 de fevereiro, reapreciou o pedido instruído com os documentos entregues a 27 de janeiro de 2023 e considerou que foram satisfeitos os requisitos enunciados no parecer condicionado deste conselho, emitido na reunião de 29 de novembro de 2022.

Decisão do CE:

De acordo com a apreciação dos fatos, o Conselho de Ética decidiu emitir parecer favorável ao projeto submetido.

No dia 16 de fevereiro de 2023, este parecer foi aprovado, por unanimidade, pelos membros presentes: Prof.^a Doutora Alexandra Manuela Garcês Caramelo Tereso, Prof.^a Doutora Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho, Prof.^a Doutora Maria Leonor Lamas de Oliveira Xavier e Prof.^a Doutora Patrícia Carla da Silva Pereira.

Pelo Conselho de Ética

[Assinatura
Qualificada]
Patrícia Carla
da Silva Pereira

Assinado de forma
digital por Assinatura
Qualificada: Patrícia
Carla da Silva Pereira
Data: 2023.02.10
Hora: 10:15:16 Z

A Presidente do Conselho de Ética

Patricia Silva Pereira

**ANEXO III - Diploma de participação no Workshop Sutura Perineal
Intraparto inserido no XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional APEO**

CERTIFICADO

WORKSHOP - APEO

Certifica-se que o(a) Exm^o(*) Sr.(*):

Sara Maria Dias dos Santos

Frequentou o Workshop "*Sutura Perineal Intraparto*", promovido pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras -APEO, no dia 3 de maio de 2023, com a duração de 4 horas, no IAPMEI - Lisboa, no âmbito das atividades pré-congresso inseridas no XXIV Congresso Nacional e VIII Internacional da APEO 2023.

Presidente da APEO

Assinado por: VÍTOR MANUEL LEÃO BAPTISTA

VARZELA

Núm. de Identificação: 06799990

Data: 2023.05.16 10:57:52 +0100



Secretária

Assinado por: ARMINDA APES PINHEIRO

Núm. de Identificação: 084746018

Data: 2023.05.16 10:29:41 '07'



PROGRAMA

WORKSHOP - *Sutura Perineal Intraparto*

Finalidade: Aquisição/aprofundamento de conhecimentos e competências para a reparação de lesões perineais intraparto

Programa:

Acolhimento e boas-vindas por Patrícia Ruivo, diretora da Academia Aesculap Portugal

Apresentação dos objetivos e metodologia do workshop | Andreia Gonçalves

Breve revisão da anatomia do assoalho pélvico | Andreia Gonçalves

Avaliação e graus de laceração | Andreia Gonçalves

Evidência científica sobre recomendações para reparação do trauma perineal | Andreia Gonçalves

Suturas para a reparação perineal | Cláudia Almeida

Rastreabilidade de instrumental cirúrgico e a prevenção da infeção do local cirúrgico | Patrícia Ruivo

Reparação de trauma perineal - demonstração da técnica | Andreia Gonçalves

Reparação de trauma perineal - treino de reparação de lacerações de grau II / episiotomia | Andreia Gonçalves

Formadoras: Formadoras: Andreia Gonçalves, Cláudia Almeida e Patrícia Ruivo