



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**COMPETÊNCIA CULTURAL
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE
MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA AO
CUIDAR DA PARTURIENTE NO BLOCO DE PARTOS**

Joana Isabel Madureira Bruno

2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESTÁGIO COM RELATÓRIO

COMPETÊNCIA CULTURAL

**DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA DE SAÚDE
MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA AO
CUIDAR DA PARTURIENTE NO BLOCO DE PARTOS**

Joana Isabel Madureira Bruno

Orientador: Prof. Anabela Ferreira dos Santos

2012

PENSAMENTO

No person is a stereotype of a culture.

(Maier-Lorentz, 2008, p. 40)

(...) Immigrants carry with them more than just suitcases.

(Kemp e Rasbridge, 2004, p. 4)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar aqui o meu sincero agradecimento a todos aqueles que tornaram possível a construção deste trabalho e que com as suas apreciações e sugestões contribuíram para o completar.

Á Sr.^a Prof. Anabela Ferreira dos Santos pela sabedoria que partilhou na orientação deste trabalho, pela disponibilidade demonstrada, pelas constantes sugestões, indicações e contributos na estruturação deste trabalho, pela paciência e incentivo constante.

Á Sr.^a Enf.^a ESMO Paula Reis pela disponibilidade, paciência e excelente orientação prestada, permitindo-me conhecer a vertente prática do curso.

Ao namorado, Carlos, pelo apoio, dedicação, encorajamento e afecto constantes.

Aos meus pais, Ernesto e Deolinda, e irmã, Sofia, pelo amor, carinho e incentivo para voar sempre mais alto. Um obrigado do fundo do coração à minha mãe, Deolinda, pela revisão do texto, sugestões e estímulo impulsionador para a concretização deste trabalho.

Á Iris e à Patrícia pela amizade, disponibilidade e companheirismo. O vosso estímulo foi essencial para a concretização deste trabalho.

Á B. e ao T., pela energia e boa disposição contagiante que me permitiram ultrapassar momentos mais tensos.

Aos amigos pelo encorajamento, carinho e compreensão face à indisponibilidade.

A todos os Profissionais do Bloco de Partos do Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE pelo excepcional acolhimento que me prestaram e pela disponibilidade e partilha que enriqueceu este trabalho.

A todas as utentes, e respectivos familiares, do Bloco de Partos do Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE que me permitiram estar presente num momento único da sua vida e com eles descobrir o maravilhoso mundo do nascimento.

Á ilustradora Sara Marques da Cruz pela imensa disponibilidade e criatividade na elaboração de todos os excelentes desenhos que iluminaram este trabalho.

Aos profissionais do Centro de Documentação da ESEL pela ajuda técnica na pesquisa de bibliografia e no uso de bases de dados.

Á Sr.^a Dr.^a Ângela Semedo, Agente de Mediação Intercultural do Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE, Sr.^a Dr.^a Fernanda Silva, Sr.^a Enf.^a Urbana Inglês e Sr.^a Enf.^a Amélia Carvalho, do Gabinete de Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante de Lisboa, e Sr.^a Enf.^a Grou Moita por partilharem comigo os seus imensos conhecimentos na área da saúde, imigração e multiculturalidade e me permitiram conhecer a vertente prática que apenas conhecia nos livros.

Á Sr.^a Enf.^a Paula Vicente e restantes colegas do serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital dos SAMS, pelo encorajamento, troca de ideias, ajuda e disponibilidade que me auxiliaram a superar as dificuldades de conciliar os horários laborais com os escolares.

Bem-hajam

RESUMO

Na Unidade Curricular Estágio com Relatório pretendeu-se desenvolver as competências essenciais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (EESMOG), segundo a Ordem dos Enfermeiros e a International Confederation of Midwives, e, também o desenvolvimento da competência cultural, através do Projecto Individual.

Elaborou-se um Projecto Individual cuja questão de partida foi: “como desenvolver a competência cultural do EESMOG nos cuidados à parturiente imigrante, em Bloco de Partos?”. Aprofundaram-se os conceitos de cultura, multiculturalidade, comunicação e barreiras linguísticas, o cuidar e a teoria dos cuidados culturais bem como o cuidar especializado da parturiente imigrante no bloco de partos. De forma a aceder à evidência científica nesta temática, realizou-se uma revisão sistemática da literatura. As conclusões foram integradas nas actividades realizadas.

O trabalho desenvolvido seguiu a metodologia de trabalho de projecto com o objectivo de melhorar a competência cultural dos EESMOGs. Para a sua persecução, identificaram-se as etnias mais frequentes das puérperas na área de abrangência do Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE (HFF). Posteriormente identificaram-se as dificuldades dessa população no acesso aos serviços de saúde e as respostas das instituições representativas a esse problema. De modo, a colmatar as dificuldades de comunicação com a população imigrante elaborou-se um panfleto intitulado “Para uma melhor comunicação com as parturientes – noutros idiomas”, constituído pelas questões e frases mais frequentes, traduzidas em sete línguas além do português e associadas a um pictograma explicativo.

Finalmente, foram apresentados dois comunicações em poster e uma comunicação oral livre em duas reuniões científicas. A curto prazo, pretende-se recolher dados sobre a vivência dos partos nas etnias seleccionadas, através de entrevista semi-estruturada, partilhando os conhecimentos adquiridos e as conclusões do projecto individual, numa sessão de sensibilização aos EESMOGs do HFF sobre competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a língua portuguesa. De modo a facilitar o acesso à informação, será entregue um dossier com CD, com toda a bibliografia relevante sobre multiculturalidade e cópias de todos os documentos elaborados.

No Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foram atingidas as competências essenciais do EESMOG preconizadas nas directivas da União Europeia.

Palavras – chave: EESMOG, Cultura, Comunicação, Competência Cultural, Grupo Étnico, Imigrante.

ABSTRACT

On the program of study “Estágio com Relatório” was intended to develop the essential competencies of the midwife, according to Ordem dos Enfermeiros and International Confederation of Midwives, and also the development of cultural competence, through an individual project.

An individual project was developed, addressing the initial question "How to develop cultural competence of the midwife in care of immigrant women giving birth in the Delivery Ward?". Some concepts were deepened, such as culture, multiculturalism, communication and language barriers, caring and theory of cultural care, as well as specialized care for the immigrant mother in the Delivery Ward. In order to access the scientific evidence on this issue, a systematic literature review was carried out. The results were incorporated into activities.

The work developed, followed the methodology of project work in order to improve the cultural competence of the midwives. The first task was to identify the most common ethnic groups of mothers in the area covered by the HFF. Later, the difficulties of this population in access to the health services and the responses of representative institutions to this problem, were identified. In order to overcome the difficulties of communication with the immigrant population was drawn up a pamphlet, entitled "For a better communication with the laboring woman – in other languages", consisting of the most common questions and phrases, translated into seven languages besides Portuguese and associated with an explanatory pictogram.

Finally, there were presented two poster communications and a free oral communication in two scientific meetings. In the short term, it is intended to collect data on the experience of births in selected ethnic groups, through semi-structured interviews, and share this knowledge and findings in an awareness session to the midwives of HFF about cultural competence in caring for parturients who have no knowledge of the Portuguese language. In order to promote the easy access to information, a dossier with a CD will be handed, with all the relevant literature on multiculturalism and copies of all documents produced.

In the Master's Degree in Midwifery the essential competencies of the midwife have been achieved, as advised by the European Union directives.

Key-Words: Midwife, Culture, Communication, Cultural Competence, Ethnic Group, Immigrant.

ÍNDICE

0.INTRODUÇÃO	11
I - PROJECTO INDIVIDUAL	14
1. 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1.1. Cultura e Multiculturalidade	14
1.1.2. Comunicação	17
1.1.3. Barreiras Linguísticas	20
1.1.4. Cuidar e Enfermagem Transcultural	21
1.1.5. Teoria dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger	23
1.1.6. O Cuidar Especializado à Mulher Imigrante em Contexto de Saúde Materna	26
1.1.7. Caracterização do Local de Estágio – Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE	29
1.1.8. Evidência Científica na Área da Multiculturalidade no Bloco de Partos	30
1. 2. METODOLOGIA	38
1. 3. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS	40
1. 4. SUGESTÕES	44
1. 5. REFLEXÃO FINAL	45
II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DO EESMOG	49
III - CONCLUSÃO	54
IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

V. APÊNDICES**62**

- APÊNDICE 1** – Principais resultados e sugestões dos estudos incluídos na revisão de literatura
- APÊNDICE 2** – Frases mais pertinentes e frequentemente utilizadas no bloco de partos (versão inicial e versão reformulada)
- APÊNDICE 3** – Vivência do parto (Guião de Entrevista e Consentimento Informado)
- APÊNDICE 4** – Sessão de sensibilização aos EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a língua portuguesa (plano de sessão e avaliação)
- APÊNDICE 5** – Brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”
- APÊNDICE 6** – Poster apresentado nas IV Jornadas da UCF Obstetrícia - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (resumo, poster e menção honrosa)
- APÊNDICE 7** – Poster apresentado nas II Jornadas de Saúde Materno Infantil do CHBA, “Vivências e Saberes” (resumo e poster)
- APÊNDICE 8** – Comunicação Livre apresentada nas II Jornadas de Saúde Materno Infantil do CHBA, “Vivências e Saberes (resumo, comunicação livre e 1º lugar)
- APÊNDICE 9** – Avaliação dos objectivos definidos no Projecto Individual (actividades, recursos e resultados)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Nacionalidade das Puérperas que pariram no local de estágio em 2010 e suas línguas. _____ 30

Tabela 2 – Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura _____ 32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BP – Bloco de Partos

CTG – Cardiotocograma

EC – Ensino Clínico

EESMOG – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica

ENF.^a – Enfermeira

gr – Gramas

HFF – Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE

ICM – International Confederation of Midwives

OE – Ordem dos Enfermeiros

PI - Projecto Individual

RN – Recém-Nascido

Sr.^a - Senhora

UC – Unidade Curricular

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da UC de Estágio com Relatório, integrada no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e será objecto de discussão pública com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, de acordo com o disposto no Despacho nº 1482/2010, de 21 de Janeiro de 2010, e reconhecimento da especialidade na mesma área, pela OE.

Segundo Loff (1999), o relatório permite a auto-avaliação do trabalho realizado, através da identificação das actividades que contribuíram para o desenvolvimento pessoal, dos factores que influenciaram o desempenho, bem como a identificação das necessidades formativas e expectativas. Do diferencial entre o desejado e o atingido surge o futuro, com um plano para atingir os objectivos não alcançados. O relatório é assim extremamente útil na aprendizagem porque os comportamentos defensivos do estudante são menos frequentes e o desenvolvimento pessoal ocorre principalmente nas áreas identificadas como necessitando de mudança.

Pelo exposto, este documento pretende descrever as actividades desenvolvidas e analisá-las, baseado na fundamentação teórica e na reflexão pessoal, tendo em consideração os objectivos da UC Estágio com Relatório, as competências descritas pela ICM e OE e os objectivos definidos no PI. Deste modo, o relatório tem como objectivos:

- Descrever as actividades realizadas no decurso do Estágio com Relatório;
- Desenvolver capacidades de análise, síntese e reflexão crítica sobre as actividades desenvolvidas;
- Desenvolver a capacidade de reflexão e auto-análise enquanto futura EESMOG;
- Elaborar um documento que contribua para a avaliação da UC de Estágio com Relatório;
- Reflectir sobre o percurso de aprendizagem realizado ao longo da UC Estágio com Relatório.

A UC Estágio com Relatório decorreu no Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE (HFF) cuja área de influência abrange 24 freguesias de 2 concelhos do distrito de Lisboa (Amadora e Sintra). Estima-se que em 2009 a população residente na área de influência do hospital fosse de 700.000 habitantes. (HFF, 2009). Segundo Costa (2010) nos concelhos de Amadora e de Sintra, o fenómeno migratório é superior à média

nacional, resultando numa elevada diversidade social, cultural e étnica. Reflectindo esta realidade, no HFF, em 2010, efectuaram-se 3693 partos sendo que 32% das puérperas não eram de nacionalidade portuguesa (HFF, 2010).

Em Portugal, a imigração tem evoluído de forma sistemática. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2009 (Portugal, 2010), em 1990 existiam em Portugal 107 767 estrangeiros com estatuto legal de residente, número que aumentou para 451 742, em 2009 (Rosa e Chitas, 2010).

Gonçalves *[et al]* (2003) considera a população imigrante como um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, referindo as barreiras culturais e linguísticas como um dos factores que dificulta a sua integração nos serviços de prestação de cuidados de saúde do país de acolhimento.

Na prestação de cuidados à população imigrante o enfermeiro necessita de ter uma perspectiva holística dos seus utentes. Deste modo, o conhecimento das diferentes culturas, a forma como encaram a saúde e a doença e as suas práticas, são fundamentais para a compreensão e resolução eficaz dos problemas de saúde desta população (Monteiro, 2007).

A ICM (2002) refere como conceito chave na prática do EESMOG a sensibilidade cultural, como forma de ultrapassar barreiras culturais que prejudicam a interacção entre o profissional e a mulher, e, por conseguinte, com o RN. É igualmente realçada a importância da cultura, referindo-se que a parteira deve respeitar a cultura e os costumes locais, não emitindo juízos de valor, além disso, deve possuir conhecimentos sobre os aspectos culturais relacionados com a gravidez, parto e maternidade. A ICM determina que o EESMOG deve utilizar técnicas de comunicação adequadas à mulher a quem presta cuidados.

Para que os cuidados sejam eficazes e competentes, é, pois, essencial que o enfermeiro compreenda os valores culturais, crenças e modos de vida dos utentes. Em especial, no caso das grávidas, parturientes e puérperas, já que os problemas de comunicação tendem a dificultar a compreensão do plano terapêutico podendo ter efeitos negativos sobre a mulher, feto ou RN. Acresce ainda o facto de, no BP, a rapidez das decisões ser condicionada pela comunicação com a parturiente, tornando-se fundamental um meio de comunicação eficaz.

Como profissional e como aluna nos vários Ensinos Clínicos, verifiquei que a dificuldade na comunicação e o pouco conhecimento dos valores culturais, crenças e modos de vida, constituíram um obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem

eficazes, competentes e individualizados à população imigrante. Entre outras, deparei-me com algumas questões pertinentes que gostaria de abordar neste PI, tais como:

- Como obter o consentimento informado junto de uma parturiente que não compreende português?
- Como estabelecer uma relação de ajuda com uma parturiente que não entende o português?
- Como prestar cuidados individualizados a uma parturiente, se desconheço as suas crenças e valores relativamente à gravidez, parto e puerpério?

Tendo em conta que, o local onde decorreu a UC Estágio com Relatório serve uma população com grande concentração de imigrantes, a escolha do PI surgiu naturalmente, tal como a questão de partida: **”Como desenvolver a competência cultural do EESMOG nos cuidados à parturiente imigrante, em Bloco de Partos?”**

A exposição que a seguir se apresenta está organizada em três partes. A primeira corresponde ao PI onde me refiro ao enquadramento teórico da temática, clarificando os principais conceitos emergentes e efectuando uma revisão da literatura. Posteriormente, descrevo a metodologia de trabalho utilizada e analiso as actividades desenvolvidas. Termina com uma reflexão sobre o PI. Na segunda parte, avalio o desenvolvimento da aquisição de competências essenciais do EESMOG durante o Estágio com Relatório, segundo a OE e ICM. A última parte é dedicada às considerações finais sobre o trabalho desenvolvido e o percurso de aprendizagem.

I - PROJECTO INDIVIDUAL

1. 1. Enquadramento Conceptual

O número de migrantes no mundo tem sofrido um aumento rápido e ininterrupto registando, actualmente, um valor recorde. Assim, segundo as Nações Unidas, em 2000 existiam 150 milhões de migrantes e 10 anos depois esse número aumentou para 214 milhões, prevendo-se que em 2050 existam 405 milhões de pessoas a residir num país diferente do país de origem. De acordo com a mesma fonte, este facto resulta da convergência de diferentes factores como: crescentes disparidades demográficas, mudanças ambientais e novas dinâmicas globais quer a nível político, económico ou tecnológico (International Organization for Migration, 2010).

Esta experiência de crescimento dos movimentos migratórios é também vivida em Portugal. Com efeito, têm-se registado nas últimas décadas alterações importantes, estimando-se que em 2009 o número de imigrantes residentes em Portugal correspondesse a 4,3% da população residente (Rosa e Chitas, 2010).

1.1.1. Cultura e Multiculturalidade

O termo migração provém do latim *migrare*, ou seja, a deslocação de uma região para outra. A migração não consiste apenas na deslocação espacial, mas constitui uma experiência complexa de perda, ruptura e mudança nas vivências do indivíduo (Ramos, 2008). Desta forma, o migrante tem de se adaptar a uma nova realidade cultural.

Assim, torna-se importante definir os conceitos de emigrante e de imigrante. Estes termos têm em comum o significado de migrar, apenas diferindo do ponto de vista. O termo emigrante designa a saída, temporária ou definitiva do indivíduo, do seu país ou região transformando-se em imigrante logo que aquele chega ao país de acolhimento. Esta diferença deve-se ao facto de o verbo *emigrar* conter o prefixo e-, que deriva da preposição latina *ex* e que indica "movimento para fora", da mesma forma que o verbo *imigrar* contém um elemento *i-*, que deriva da preposição latina *in* e que indica "movimento para dentro" (FLIP, 2011).

Tylor (1871), citado por Helman (2009, p. 12) define cultura como "aquele complexo integral que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes e quaisquer capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade". Ao longo dos tempos, outros autores contribuíram para enriquecer o conceito de cultura,

tendo-se passado do simples agrupamento de dados dispersos para um conjunto organizado de elementos interdependentes. Na actualidade pode compreender-se a cultura como modos de pensar e agir específicos de um grupo de indivíduos, orientado por normas e valores específicos (Helman, 2009).

Tendo em conta que a cultura, como refere Leininger citada por Ramos (2008) e Riley (2004), é o conjunto de crenças, valores e estilos de vida partilhados por um grupo de indivíduos, transmitidos através das gerações e que influenciam o pensamento e actuação dos membros desse grupo, entende-se que os imigrantes são actores de um movimento de partilha de hábitos e crenças que muitas vezes se misturaram com os dos autóctones, dando origem a uma pluralidade de culturas, ou seja à multiculturalidade.

A multiculturalidade resulta pois, da globalização, onde os países interagem e as pessoas se aproximam a nível social, político e cultural, dando origem a “diversas comunidades étnicas, marcadas por diferenças em termos de línguas, religiões, usos e/ou costumes, geradas pela (...) migração das pessoas” (Lopes *[et al]*, 2009, p.48).

A aprendizagem da cultura inicia-se na infância durante o processo de aprendizagem da língua e da socialização, desenvolve-se ao longo do tempo e é resistente à mudança, proporcionando um conjunto de indicações que auxiliam o indivíduo na interpretação de situações vivenciadas. Sendo que as principais fontes de transmissão dos costumes e crenças são os pais e a família. Cada cultura tem uma estrutura organizacional única e que a distingue das outras, permitindo aos seus membros avaliarem os comportamentos como adequados, ou não. Esta estrutura da cultura passa pela estrutura familiar, espaço físico, religião e comunicação. No caso da comunicação, existem expressões idiomáticas características de cada língua (Stanhope e Lancaster, 2011). Convém destacar que as variações intraculturais são mais variadas que as interculturais (Lazure e Vallée, 2003). Isto é, as culturas não são rígidas nem fechadas: procuram preservar o que as identifica como tal e, ao mesmo tempo, relacionam e reinterpretam o seu sistema, no contacto com culturas diferentes.

Enquanto conceito biológico, a raça tem origem genética e refere-se às características físicas semelhantes entre membros de determinado grupos, tais como a cor da pele, do cabelo e dos olhos e o grupo sanguíneo. A nível social, constitui uma forma de classificação que se baseia em características físicas e que atribui um status, limitando ou alargando oportunidades e influenciando as interações sociais. Importa salientar que os indivíduos podem ser da mesma raça mas de diferentes culturas (Purnell e Paulanka, 2010; Stanhope e Lancaster, 2011).

Outro conceito que importa abordar é a etnia, que consiste no sentimento de pertença a um grupo de indivíduos. A etnia revela a descendência cultural e baseia-se na partilha de padrões culturais semelhantes que com o passar do tempo criam uma história comum. A raça, religião ou nacionalidade de origem são características identificadoras de uma cultura que são representadas pela etnia. Esta é influenciada pela educação, nível sócio-económico e localização geográfica (Stanhope e Lancaster, 2011).

Segundo Leininger e McFarland (2002), a etnicidade refere-se à identidade social e origens de um grupo social devido à língua, religião e origem nacional, entre outros. Já Hanson (2005) considera-a como componente importante da cultura e define-a como o sentido de “povo” que um grupo de indivíduos possui e que se baseia na raça, religião, história e nacionalidade.

Purnell e Paulanka (2010) afirmam que a cultura é algo inconsciente e que influencia grandemente o conceito de saúde-doença. Por conseguinte, verificamos que a representação da saúde, da doença, as crenças e os comportamentos variam individualmente, mas também são influenciadas pelos grupos culturais.

Parafraseando Ramos (2008, p. 101) “pessoas de culturas (...) diferentes podem atribuir significados diferentes às mesmas realidades, podem desenvolver percepções sociais diferentes (...)”. As crenças sobre a saúde traduzem-se em comportamentos de saúde o que influencia, positiva ou negativamente, o estado de saúde dos membros de determinada cultura (Hanson, 2005). Já Purnell e Paulanka (2010) relatam que a maioria das pessoas considera que a saúde pode ser influenciada pelo indivíduo, a família e a comunidade. No entanto, em algumas culturas considera-se que o estado de saúde não é controlado pelo indivíduo e atribui-se o bom estado de saúde a uma dádiva divina.

A imigração tornou as sociedades actuais, e mais particularmente a portuguesa, muito diversificadas a nível de grupos culturais, tendo como resultado uma multiplicidade de crenças sobre saúde e doença (Stanhope e Lancaster, 2011).

A convivência entre diferentes grupos culturais pode originar choques entre as crenças e tradições de cada cultura, determinados, em geral, pela estereotipagem, a qual é definida como a generalização excessiva e indevida de um comportamento, uma atitude ou uma qualidade relativa a um determinado grupo étnico que tanto pode resultar numa avaliação positiva como numa avaliação negativa da questão em causa. A relação entre estereótipo e preconceito é relevante, na medida em que a formulação de muitos estereótipos reside na prévia existência de preconceitos e vice-versa. Deste modo, o preconceito é uma ideia concebida antes da verificação real da situação e que se

generaliza a um determinado número de situações equivalentes. O preconceito é a manifestação emocional de estereótipos sobre um determinado grupo. Essas crenças profundamente enraizadas são atribuídas a um indivíduo que é membro desse grupo e sobre o qual se presume ter as qualidades atribuíveis a esse grupo (Infopedia, 2011; Stanhope e Lancaster, 2011).

O racismo é uma forma de preconceito que ocorre através do exercício de poder sobre indivíduos que se consideram inferiores, a nível de inteligência, moral, beleza ou valor próprio. A estes indivíduos são negadas certas oportunidades normalmente permitidas aos restantes membros da sociedade. Tendo origem em preconceitos culturais surge a xenofobia, definida como uma antipatia ou aversão a outras pessoas ou culturas. É, por exemplo, o caso de se considerarem todos os muçulmanos violentos, devido aos actos terroristas perpetrados por alguns.

Diversos autores consideram os estereótipos e preconceitos como manifestações de etnocentrismo. O etnocentrismo, por vezes identificado como preconceito cultural, baseia-se na crença de que o grupo cultural em que o indivíduo se insere é superior a todos os demais. Deste modo, o indivíduo considera as suas formas de pensar, agir e acreditar como os únicos modelos correctos. Um exemplo de etnocentrismo é considerar que o imigrante tem o dever de falar na língua do país de acolhimento. A crença na superioridade cultural pode levar à imposição cultural, que consiste no acto de forçar as suas crenças valores e práticas a indivíduos de outras culturas (Infopedia, 2011; Purnell e Paulanka, 2010; Stanhope e Lancaster, 2011).

1.1.2. Comunicação

Associada à variedade cultural surge a problemática da comunicação. Comunicar pressupõe a transmissão de uma mensagem pelo emissor e a recepção, e consequente decodificação e interpretação, pelo receptor. A interpretação é influenciada pelos valores crenças e atitudes do receptor.

Ramos (2008, p. 105) corrobora o anteriormente referido, ao afirmar que a comunicação é “um processo bidireccional, contínuo, dinâmico, interactivo e irreversível, envolvendo um funcionamento circular e um feedback recíproco, que se produz num dado contexto físico, social e cultural, influenciando o comportamento”.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1993) vão mais longe, ao considerarem que, todo o comportamento tem uma mensagem com valor, e que não é possível deixar de ter comportamentos, logo, não podemos parar de comunicar. Portanto, é impossível não

comunicar e a comunicação é uma actividade inata do ser humano que se inicia com o nascimento.

A comunicação é um domínio complexo e depende das competências da comunicação verbal e não verbal. Ao analisar a problemática da comunicação verbal importa abordar os conceitos de língua dominante, dialectos e uso contextual da língua, bem como o volume e o tom utilizado, as entoações, as reflexões e a disposição de partilhar pensamentos e sentimentos.

Na comunicação não verbal é importante referir a linguagem corporal, que engloba as expressões faciais, o toque, a proximidade espacial entre pessoas, bem como as saudações, a orientação temporal e o grau de formalidade na utilização de nomes.

É importante referir que a comunicação também é afectada por relações hierárquicas, género, idade e crenças religiosas (Riley, 2004; Purnell e Paulanka, 2010).

Porque a diversidade cultural é uma realidade mundial e actual, importa conhecer a língua dominante de cada cultura. Actualmente existem 6 909 línguas em todo o mundo, dessas apenas cerca de 6% (389) são faladas por 94% da população mundial.

O mandarim destaca-se como a língua com mais falantes em todo o mundo, enquanto o português ocupa o sétimo lugar com cerca de 178 milhões de falantes em 37 países. Relativamente ao romeno, ocupa a 40ª posição com 23,4 milhões de falantes em 20 países. Por fim, o crioulo é falado por 28,8 milhões de pessoas em 82 países que utilizam cerca de 77 diferentes dialectos, isto é, variedades que possuem características linguísticas muito particulares e que definem uma determinada região (Lewis, 2009). Segundo Ramos (2008), os fluxos migratórios para Portugal sofreram mudanças importantes a partir dos finais dos anos 90, passando a existir uma diversificação das origens geográficas e dos níveis de qualificação dos imigrantes, resultando numa maior inserção no mercado de trabalho.

Tradicionalmente, a maioria da imigração em Portugal era oriunda das antigas colónias portuguesas, como Cabo Verde, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe, Angola, Moçambique e Timor. Habitualmente são pessoas com baixos níveis de escolaridade e pouca qualificação profissional. O fluxo migratório proveniente do Brasil intensificou-se nos anos 80, trazendo trabalhadores pouco qualificados (como os trabalhadores nas áreas da construção civil, comércio e hotelaria), mas também profissionais altamente qualificados, como médicos dentistas, jornalistas e especialistas de publicidade e marketing.

No início do Século XXI, a adesão de novos países à União Europeia e o fim de controlo de fronteiras trouxeram um fluxo importante de imigrantes da Europa de Leste. Estes imigrantes são trabalhadores qualificados e com altos níveis de escolaridade, mas que no entanto ocupam empregos subalternos, devido às dificuldades linguísticas.

A emergência e a expansão dos países asiáticos geraram outra fonte de imigrantes, principalmente, da Índia, do Paquistão e da China que trouxeram trabalhadores para a área de comércio.

Diversos estudos reconhecem os benefícios de uma comunicação efectiva entre profissionais de saúde e utentes e salientam a sua influência quer no estado de saúde geral, quer na capacidade de adaptação aos tratamentos e recuperação. Além disso, fornecer informação ao utente, de forma eficaz, cumpre três tipos de necessidades: a nível legal quando inserido no âmbito do consentimento informado; a nível psicológico, ajudando a lidar com a doença, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação, entre outros; e ainda a nível institucional, por reduzir o número de dias de internamento e medicação administrada (Ramos, 2008).

Jacobs *[et al]* (2006) relata que os pacientes, cuja língua não é a dominante no país de acolhimento, possuem menor compreensão dos cuidados recebidos sendo mais frequente não cumprirem as recomendações para o tratamento ou regressarem para consultas de acompanhamento, em comparação com os utentes que falam a língua dominante. Os autores referem ainda, que estes utentes têm maior probabilidade de serem internados, de terem maior tempo de internamento, bem como de realizarem exames complementares de diagnóstico desnecessários. Além disso, apresentam um risco aumentado de sofrerem erros médicos.

Num estudo de Sousa (2006), realizado junto de 102 imigrantes ucranianos e 84 profissionais de saúde, em Lisboa, verificou-se que a língua é considerada como principal obstáculo na acessibilidade aos serviços de saúde. Por um lado o imigrante ucraniano tem dificuldades em se explicar e, por outro lado, os profissionais têm dificuldade em compreendê-lo. Situação que é bem elucidativa do papel crucial que a comunicação oral representa na compreensão das necessidades do outro.

Purnell e Paulanka (2010, p. 2) concluem que “a falta de conhecimento das capacidades linguísticas do utente e das suas crenças e valores culturais podem resultar em sérias ameaças à vida e à qualidade de cuidados face a todos os indivíduos”.

1.1.3. Barreiras Linguísticas

A barreira da língua, muitas vezes caminha lado a lado com as diferenças culturais, e concorre para o aumento da frustração nos interlocutores.

Existem diversas formas de ajudar um imigrante a ultrapassar as barreiras linguísticas: um tradutor portátil, o intérprete e / ou tradutor, a linguagem não verbal, a sinalética que recorre a imagens e a produção de materiais informativos na línguas estrangeiras mais frequentes na instituição (Lopes *[et al]*, 2009; Lim, 2010).

O tradutor portátil é mais económico, quando comparado com o intérprete e / ou tradutor mas não traduz expressões idiomáticas da linguagem falada, podendo não possuir o idioma que é necessário traduzir ou os termos médicos adequados (Lim, 2010).

O intérprete e / ou tradutor garantem a compreensão e comunicabilidade entre pessoas de línguas e culturas diferentes. Importa realçar que o tradutor trabalha a partir de textos escritos enquanto o intérprete sobre discursos orais. Stanhope e Lancaster (2011, p. 164) salientam que “nem todas as pessoas que falam uma língua dominam os termos e significados médicos ou as questões culturais que estão em jogo” devendo ser seleccionados cuidadosamente os intérpretes, particularmente na área da saúde.

Os benefícios da utilização destes profissionais é a possibilidade de flexibilidade na comunicação, ou seja, não são necessários questionários ou questões previamente formuladas, e a possibilidade de tradução simultânea. As desvantagens são o preço e a privacidade. A privacidade é outro aspecto a considerar, porque alguns pacientes podem evitar revelar as suas queixas ou sintomas a outros que não os profissionais de saúde. O facto de não existir comunicação directa entre utente e profissional de saúde provoca dúvidas relativamente à verosimilhança da informação transmitida pelo intérprete. Por último, existe uma limitação da utilização do intérprete e / ou tradutor, dado não ser exequível ter um profissional, que domine múltiplos idiomas, disponível 24 horas por dia (Lim, 2010).

Relativamente ao local onde decorreu o estágio, existe uma listagem dos profissionais de saúde que trabalham na instituição, com indicação do idioma que dominam, profissão e local de trabalho. Estes profissionais podem ser eles próprios imigrantes ou descendentes de imigrantes ou indivíduos que na sua vida tiveram contacto com outras culturas, por motivos pessoais ou profissionais. No entanto, nem sempre estão disponíveis quando surge a necessidade de tradução.

Com o objectivo de auxiliar os profissionais de saúde que necessitam de recorrer aos serviços de um tradutor, a Direcção Geral de Saúde (2010) divulgou, recentemente, um serviço de tradução telefónica, grátis e disponível em todo o país, recorrendo a uma bolsa de 54 tradutores e permitindo a tradução em 61 idiomas.

No entanto, é raro os profissionais de saúde solicitarem a utilização de um intérprete de forma sistemática na consulta, no internamento e no serviço de urgência (Lopes *[et al]*, 2009). Ramos (2008) destaca como explicação deste facto diversos factores, tais como: a desvalorização da comunicação nos serviços de saúde, formação inadequada dos profissionais de saúde, falta de recursos humanos e materiais e a visão economicista da saúde.

Também, é frequente o utente fazer-se acompanhar por um familiar, filho ou amigo que falem a língua portuguesa de forma mais fluente. Isto favorece a sensação de segurança e de compreensão por parte do utente e proporciona aos profissionais de saúde a possibilidade de compreenderem determinados comportamentos, derivados de hábitos culturais e que podem ser considerados inadequados. No entanto, podem surgir constrangimentos, tanto no doente como no intérprete, pondo-se em causa a confidencialidade enfermeiro-utente, essencial quando se trata de temas mais sensíveis, como violência, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros. Também podem surgir problemas relacionados com as características culturais dos indivíduos. Por exemplo, em algumas culturas é tradicional ser o homem a tomar decisões pela mulher. Logo, no caso de ser o marido a traduzir para a esposa que não fala a língua dominante, pode haver preocupações de que ele só traduza o que considera que deve ser contado (Black, 2008; Ramos, 2008).

Conforme referido anteriormente, a linguagem não-verbal é outra forma de ultrapassar as barreiras linguísticas, podendo recorrer-se a gestos e expressões faciais para comunicar com o outro. Um outro recurso facilitador da comunicação é o pictograma, o qual se inserido numa brochura elaborada tendo em conta o nível de escolaridade da população alvo e traduzida nos idiomas mais comuns nos imigrantes, constitui um auxiliar precioso para superar os problemas resultantes das barreiras linguísticas.

1.1.4. Cuidar e Enfermagem Transcultural

Para Watson (2002, p. 62), “cuidar é a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem”. Para a autora, compreender o cuidar como um ideal que orienta os enfermeiros no processo de prestação de cuidados. De acordo com

o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a Enfermagem é uma profissão que tem como desígnio cuidar do ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e dos grupos sociais em que ele se integra, de forma a que mantenha, melhore e recupere a saúde (REPE, 1996).

No entanto, cuidar do outro não é só cuidar a parte física, é cuidar de um todo. A pessoa, além da sua componente biológica, possui elementos psicológicos e socioculturais que devem ser considerados na prestação de cuidados de enfermagem.

Segundo Collière (2003, p. 58) “cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas. Desde o início da história da humanidade, os homens e as mulheres esforçaram-se por sobreviver”. Com efeito, a tomada de consciência da influência da cultura sobre a pessoa condiciona as práticas do cuidado.

O contacto com múltiplas culturas e respectivas crenças e valores é uma componente essencial nos cuidados de enfermagem, mas também pode constituir um obstáculo à sua prestação eficaz, já que o próprio enfermeiro como ser humano, também possui a sua própria cultura. A este propósito, a Ordem dos Enfermeiros define que o enfermeiro de cuidados gerais possui competências, de modo a:

“14 – Reconhece as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.

15 – Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.

16 – Presta cuidados culturalmente sensíveis.” (2004, p. 18)

Também o Código Deontológico do Enfermeiro destaca a importância da cultura no dever profissional da prestação de cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve abster-se de juízos de valor, não impor as suas crenças ou valores, respeitar as opções do utente, a nível político, cultural, moral e religioso, bem como promover o exercício dos direitos do utente. Por outro lado, o enfermeiro ao prestar cuidados deve ter como foco a pessoa “como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 141), considerando as suas dimensões biopsicosociocultural e espiritual.

Compreende-se que o cuidado de enfermagem é suportado por normas de conduta que se baseiam em valores universais, tais como a liberdade, a igualdade, a não discriminação e a dignidade da vida humana, presentes em diversos documentos, tais como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia e a Constituição da República Portuguesa.

Não obstante toda a legislação existente, a capacidade de intervenção de cada um na sua saúde só é possível através do conhecimento dos seus direitos e deveres. Deste modo, a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Portugal) representa um passo importante na integração da pessoa na equipa de saúde, respeitando a sua dignidade e direitos. Destaca-se o dever de respeitar as convicções culturais, filosóficas e religiosas e a importância da não discriminação do doente, mas também a igualdade e equidade na acessibilidade aos serviços de saúde por todos os utentes.

A problemática da multiculturalidade, e mais especificamente no referente aos cuidados de saúde, é reconhecida quer a nível internacional quer nacional. Deste modo, surgiu o projecto europeu “*Migrant-Friendly Hospitals*” cujo objectivo é ultrapassar as barreiras no acesso e utilização dos hospitais pelos imigrantes. Este projecto iniciou-se em 2004 e contou com a participação de doze países da União Europeia. Foram delineados três subprojectos, sendo que o subprojecto B visa prestar informações e treino às mulheres grávidas ou puérperas quer no que se refere à organização e competências dos profissionais envolvidos; quer à adequação das informações fornecidas, com especial atenção ao puerpério e internamento hospitalar; quer, ainda, à utilização de material informativo adaptado aos níveis de alfabetização mais frequentes, como por exemplo, entre outros, vídeos e material informativo escrito em línguas imigrantes (Trummer [et al], 2003).

A “Declaração de Amesterdão para Hospitais amigos dos migrantes numa Europa etno-culturalmente diversa” surge como resultado deste projecto europeu. Nela são efectuadas recomendações aos vários intervenientes (administrações hospitalares, profissionais de saúde, utentes, etc.), com vista à implementação de uma política de saúde amiga dos migrantes (Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, 2004).

Em Portugal, foi elaborado o Plano para a Integração dos Imigrantes, que visa “assegurar o pleno respeito pelos direitos dos imigrantes, promover a coesão social e a igualdade de oportunidades e favorecer a integração dos imigrantes na sociedade portuguesa, bem como o diálogo intercultural” (Portugal, 2010, p.4097).

1.1.5. Teoria dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger

Collière (2003) explica que não existe uma única concepção de cuidados de enfermagem, porque estes encontram-se na encruzilhada de crenças e valores dos profissionais de saúde e dos utentes dos serviços de saúde. A compreensão e

integração das diversas culturas na prestação de cuidados de enfermagem foram introduzidas por Madeleine Leininger nos anos 60.

Assim, baseei-me na Teoria dos Cuidados Culturais para fundamentar toda a trajetória deste PI. Esta teoria tem como principal premissa que o cuidado constitui uma necessidade humana essencial e universal e que as formas de cuidar variam culturalmente (Leininger, 2001).

Para Leininger, a cultura é o conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida que são apreendidas, partilhadas e transmitidas dentro de um determinado grupo e que influenciam as decisões e ações do indivíduo. A cultura influencia também a saúde, já que esta é um estado de bem-estar culturalmente definido, o qual reflecte a capacidade que os indivíduos possuem para desempenharem as suas actividades diárias de forma benéfica e padronizada. Por outro lado, os valores, as crenças e as práticas do cuidado cultural são influenciadas pela visão do mundo (Leininger, 2001; Leininger e McFarland, 2006).

A Enfermagem no contexto desta teoria interessa-se pelos fenómenos e actividades do cuidado humano com o objectivo de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar os sujeitos para que mantenham o seu bem-estar ou para ajudá-los a enfrentar a deficiência e a morte, de um modo culturalmente significativo e benéfico (Leininger, 2001). Deste modo, o cuidar é considerado “a essência da enfermagem e o seu foco destacado, dominante, central e unificador” (Leininger, 1998,p.34).

Leininger manifesta que o cuidar é essencial para o bem-estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e para enfrentar dificuldades e até a morte. Assim cuidar engloba as ações de ajuda, suporte e facilitação do sujeito (indivíduo ou grupo) tendo em vista a melhoria geral da condição humana (Leininger, 1998; Leininger, 2001).

A autora define dois sistemas de cuidados: o genérico e o profissional. O sistema genérico de cuidar refere-se ao conhecimento de competências tradicionais e populares, transmitidas através da cultura e usadas nos cuidados a indivíduos ou grupos. Já o sistema profissional diz respeito à transmissão formal de cuidados profissionais, de conceitos como saúde, doença e bem-estar, e conhecimentos e competência relativas a instituições profissionais (Leininger, 2001).

Qualquer destes sistemas está incluído no cuidado cultural, o qual constitui “o meio holístico mais amplo de saber, explicar, interpretar e prever o fenómeno dos cuidados de enfermagem e, assim, orientar as práticas de cuidados de enfermagem” (Leininger, 1998, p. 34). Tendo em conta que segundo Leininger, as formas estruturais do cuidar

são diferentes (diversidade) e semelhantes (universalidade) entre todas as culturas do mundo definiram-se três estratégias orientadoras da acção e decisão de cuidar em enfermagem: preservação cultural, acomodação cultural e repadronização cultural (Leininger e McFarland, 2006).

Na preservação, ou manutenção cultural, o enfermeiro apoia o utente na manutenção dos aspectos culturais tradicionais que promovam comportamentos saudáveis. A acomodação, ou negociação, cultural consiste no reconhecimento que determinada prática, que apesar de não ter utilidade científica reconhecida, possui significado do ponto de vista cultural, devendo o enfermeiro negociar a integração desta prática nos cuidados de modo a conseguir uma maior adesão do utente ao protocolo de tratamento. A repadronização, ou reestruturação, cultural corresponde à acção do enfermeiro em facilitar a modificação dos comportamentos de origem cultural que sejam lesivos, negativos ou incompatíveis com o bem-estar do utente (Leininger, 2001).

Por fim, interessa referir que o objectivo principal da Teoria dos Cuidados Culturais é a prestação de cuidados culturalmente competentes. Estes têm por objectivo, a prestação de cuidados de enfermagem sensíveis, significativos e adequados aos valores, crenças e estilos de vida do sujeito (Leininger e McFarland, 2006). Deste modo, torna-se necessário definir competência cultural e modos de a desenvolver.

A competência cultural é geralmente definida como uma combinação de conhecimentos sobre determinados grupos culturais, aliado a atitudes e habilidades para lidar com a diversidade cultural. A nível de atitudes, a competência cultural passa por reconhecer que a cultura condiciona o comportamento individual. Relativamente às habilidades, estas passam pela capacidade de comunicar eficazmente com o utente, nomeadamente, na capacidade de adaptação a novas situações de forma flexível e criativa. Em conclusão, o enfermeiro com competência cultural respeita os indivíduos de diferentes culturas e a sua diversidade de valores (Seeleman, Suurmond, e Stronks 2009; Stanhope e Lancaster, 2011).

O desenvolvimento da competência cultural é um processo contínuo que envolve todos os aspectos do cuidado ao utente. Durante este percurso, o enfermeiro deve adoptar uma atitude aberta dirigida aos indivíduos e suas culturas, evitando avaliar os outros como iguais. Campinha-Bacote (2002) definiu cinco componentes de aprendizagem através das quais, o enfermeiro se torna culturalmente competente: desejo cultural, consciência cultural, conhecimento cultural, aptidão cultural e encontro cultural.

Estes componentes passam pela motivação do enfermeiro em desenvolver a competência cultural, na sua auto-avaliação de preconceitos e estereótipos, além da procura de conhecimentos e capacidade de assimilação. Na posse destas capacidades o enfermeiro identifica antecipadamente oportunidades de intervenção a nível de situações transculturais.

Para o desenvolvimento da competência cultural dos enfermeiros, Lazure e Vallée (2003) propõem algumas estratégias, a nível de aquisição de conhecimentos e de competências. Os conhecimentos culturais podem ser desenvolvidos através da frequência de seminários ou conferências, da observação de documentários, da entrevista a peritos e de observações no terreno. A leitura de livros de ficção e até o estágio num país estrangeiro são outras possibilidades de conhecer, em pormenor, a realidade do grupo étnico em estudo. A aquisição de competências passa pela análise de situações-problema baseadas na prática, observação de vídeos que mostrem interações entre pessoas de culturas diferentes e simulações ou situações de “role play”, com posterior análise crítica das mesmas.

1.1.6. O Cuidar Especializado à Mulher Imigrante em Contexto de Saúde Materna

Do ponto de vista biológico, a gravidez é um processo que se inicia com a fecundação e progride com o desenvolvimento do embrião e feto, e termina no parto, ou mais especificamente no trabalho de parto, isto é, na expulsão do feto, placenta e membranas fetais através do canal de parto (Graça, 2005). Para além dos aspectos biológicos, a maternidade é um processo de transformação, físico e psicológico, de mulher em mãe e, também, um projecto de vida a longo prazo que envolve os cuidados à criança (Leal, 2005).

A maternidade é uma experiência singular e marcante, condicionada por diversos factores: psicológicos, sociais, culturais e económicos. Dentro destes, a cultura assume uma importância relevante já que os conceitos de saúde e doença são moldados por crenças e valores determinados pelo contexto social envolvente ou, como refere Kitzinger (1995), a gravidez é um estado de cumprimento de tradições e costumes, que passam ao longo de gerações.

No estudo de Santiago (2009) conclui-se que, para as mulheres africanas e brasileiras, a gravidez é um evento natural e a vigilância de saúde não faz parte das suas práticas de saúde. Enquanto as mulheres dos países do leste Europeu possuem comportamentos

direccionados para uma assistência de saúde baseada no modelo médico, verificando-se o cumprimento rigoroso das orientações dos profissionais de saúde. Já Parreira (2007) refere que, consoante os contextos culturais, a mulher grávida pode ser considerada como poderosa e fértil ou, pelo contrário, como frágil, vulnerável e até doente.

A forma como a mulher se comporta durante o trabalho de parto é, também, determinada pelos seus valores culturais, razão porque o comportamento desta em relação à dor pode não reproduzir de modo fidedigno a sua intensidade. É habitual as mulheres africanas expressarem-na abertamente, através de vocalizações, enquanto as mulheres de origem asiática tendem a não manifestá-la (Lowdermilk e Perry, 2008).

Durante a gravidez e trabalho de parto, a família é considerada como suporte e ajuda, transmitindo à mulher segurança e serenidade durante todo o processo de maternidade. Com a migração, a mulher perde a sua rede de apoio familiar, sendo o marido, muitas vezes, o único pilar, ou pessoa significativa à mulher imigrante (Lowdermilk e Perry, 2008).

Por outro lado, os rituais associados à gravidez, parto e puerpério, característicos de cada cultura, têm por função garantir o bem-estar, crescimento e desenvolvimento do bebé (Santiago 2009). Em situação de imigração, a grávida tem de se adaptar a uma nova realidade: o país de acolhimento e os hábitos e costumes vigentes, o que resulta, muitas vezes, num choque entre duas culturas, gerador de sentimentos de insegurança e ambivalência. Com efeito, se por um lado a mulher pretende desempenhar os seus rituais tradicionais durante a gravidez, parto e até no cuidado ao RN, por outro lado sente-se impelida a cumprir as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde do país de acolhimento, por medo de ser julgada ou criticada (Santiago, 2009).

Perante uma sociedade multicultural como Portugal, os enfermeiros são solicitados a prestar cuidados culturalmente competentes, sendo que para tal devem compreender as diferenças culturais, e agir adequadamente, tendo como objectivo último, ganhos em saúde (Santiago, 2009). Moita (2006), no seu estudo, junto de nove enfermeiros portugueses, conclui que as dificuldades dos profissionais se centram na ausência de conhecimentos sobre hábitos culturais, bem como nas suas concepções de doença, hábitos alimentares e práticas de saúde.

O ICM (2005) acredita que a cultura, as tradições e as crenças pessoais influenciam o modo de vida de um indivíduo e as suas escolhas de vida. Posto isto, reconhece que existe uma diversidade de tradições e práticas culturais em torno da gravidez e do nascimento e reconhece a sensibilidade cultural como conceito chave na prática

profissional do EESMOG. Deste modo, o EESMOG deve possuir conhecimentos sobre as tradições, respeitar as práticas que não causam dano à mulher e trabalhar com a comunidade de modo a alterar ou eliminar as práticas culturais causadoras de dano à mulher/feto/criança.

De modo a prestar cuidados culturalmente competentes, o EESMOG deve utilizar técnicas de comunicação adequadas. Em 2010, ao regular as competências do EESMOG, a OE (2010) descreve, entre outras, as actividades de informar e orientar, as quais estão inerentes ao conceito de comunicação.

Se o EESMOG não consegue comunicar com a parturiente, também não pode avaliar se os seus cuidados respeitam as práticas culturais da sua utente. Meddings e Haith-Cooper (2008) salientam que as dificuldades de comunicação podem resultar na centralização do EESMOG apenas nos aspectos físicos do cuidar. Com efeito, o aumento da competência cultural do EESMOG melhora a sua capacidade para respeitar a autonomia e os valores culturais da utente.

Um dos domínios da autonomia passa pela obtenção do consentimento informado. Para que este processo seja concluído com êxito, é necessário que a utente entenda as opções disponíveis, o que é, seguramente, impossível quando ela não entende total ou parcialmente o português. Nestas circunstâncias, o EESMOG deve criar uma relação com a utente de modo a compreender as suas esperanças, medos e capacidades de entendimento das informações fornecidas (Meddings e Haith-Cooper, 2008).

Posto isto, é importante avaliar o impacto que a situação de imigração tem na saúde da grávida, do feto e do RN. Neste contexto, considero importante referir o estudo de Machado *[et al]* (2006) que, apesar de não ser recente, foi realizado no HFF e por, isso mesmo, demonstra a realidade da população sobre a qual recaiu este PI. Foram estudados 1964 RNs, distribuídos em dois grupos: filhos de imigrantes e filhos de portugueses.

Relativamente à caracterização da família dos RNs, verificou-se que os pais imigrantes apresentavam valores mais elevados de desemprego, famílias monoparentais, de habitação precária e de privação sócio-material, bem como menor escolaridade. O consumo de álcool e tabaco, quer na mãe quer no pai, foi significativamente maior no grupo dos pais imigrantes. Relativamente à mãe, registou-se maior morbilidade materna, com maior incidência da diabetes gestacional, hipertensão arterial e doenças infecciosas. De salientar que a gravidez não vigiada foi claramente superior no grupo de mães imigrantes, 27,1% versus 12,5% das mães portuguesas.

Quanto aos RNs estudados, verificaram-se valores semelhantes nos dois grupos, a nível de peso, altura e prematuridade. Sendo apenas, de destacar o maior peso dos RNs prematuros filhos de imigrantes, bem como maior mortalidade.

Machado *[et al]* (2006) concluem que os RNs filhos de imigrantes são especialmente vulneráveis, com consequências a curto, médio e longo prazo, o que se traduz numa taxa de mortalidade perinatal de 7‰ nos filhos de portugueses contra 13‰ nos filhos de imigrantes.

Interessa ainda referir os resultados contraditórios provenientes de estudos de avaliação do impacto do estatuto de imigrante sobre a saúde perinatal. A este propósito, Luce *[et al]* (2011) destacam que pode haver um enviesamento na interpretação dos resultados, devido ao “efeito do imigrante saudável”, o qual sugere serem os indivíduos mais saudáveis os que mais frequentemente imigram.

As barreiras linguísticas impedem a promoção da autonomia da utente, e a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente a nível de indicadores maternos e perinatais. No entanto, não são apenas as barreiras linguísticas que contribuem para o aumento de situações de risco durante a gravidez, parto e puerpério. Estas situações devem-se, também, a questões de acessibilidade, de falta de conhecimentos e de hábitos de vigilância da gravidez. Por outro lado, as dificuldades na compreensão e interpretação dos costumes das mulheres imigrante resulta em cuidados de saúde não adaptados às necessidades e expectativas da utente. Pelo exposto, a competência cultural do EESMOG torna-se essencial de modo a facilitar a adaptação da mulher imigrante à maternidade e na identificação precoce de comportamentos prejudiciais para a saúde da mulher, feto ou RN.

1.1.7. Caracterização do Local de Estágio – Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE

O estágio de que resultou este relatório decorreu no HFF, hospital que serve uma população de 700 000 habitantes de grande diversidade cultural (HFF, 2009; Costa, 2010).

O Departamento da Mulher é constituído pela Urgência Obstétrica /Ginecológica, Bloco de Partos, Obstetrícia e Ginecologia. A sua missão é “prestar cuidados diferenciados e humanizados às grávidas”¹. A nível da Obstetrícia possui: Consulta de Medicina

¹ http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/especialidades_70

Materno Fetal, Centro de Diagnóstico Pré-Natal, Unidade de Ecografia Obstétrica e de Técnicas Invasivas de Diagnóstico Pré-Natal, internamento em Enfermaria de Grávidas de Alto Risco e internamento em Enfermaria de Puerpério.

Em 2010, a Urgência Obstétrica /Ginecológica registou 24 034 admissões, com uma média diária de 66. No mesmo ano, efectuaram-se 3693 partos, dos quais 53% foram eutócicos (HFF, 2011). Relativamente à nacionalidade das puérperas que pariram, 67% eram portuguesas. As restantes 1218 têm como origem os países africanos, Brasil, Europa de Leste e China. Na tabela 2 estão indicadas as nacionalidades das puérperas, constatando-se que a língua oficial é maioritariamente portuguesa.

Tabela 1 – Nacionalidade das Puérperas que pariram no local de estágio em 2010 e suas línguas.

País	Nº de puérperas	Língua oficial	Língua nacional
1. Portugal	2475	Português	---
2. Cabo Verde	287	Português	Crioulo cabo-verdiano
3. Brasil	242	Português	---
4. Angola	187	Português	Umbundu, Kimbundu, Kikongo, Tchokwe
5. Guiné Bissau	179	Português	Crioulo da Guiné-Bissau
6. Roménia	66	Romeno	---
7. São Tome e Príncipe	64	Português	Sãotomense, Principense
8. Ucrânia	28	Ucraniano	---
9. República da Guiné	17	Francês	Pular, Susu, Mandinka
10. China	10	Mandarim	---
11. Outras	138	---	---
Total	3693	---	---

Fonte: LEWIS, M. (2009) – *Ethnologue - Languages of the World*. 16ª Edição; HOSPITAL PROF. FERNANDO DA FONSECA, EPE (2010) – Documento não publicado [email] - **Nacionalidades das puérperas em 2010.**

1.1.8. Evidência Científica na Área da Multiculturalidade no Bloco de Partos

Para completar o enquadramento conceptual, procedeu-se a uma revisão sistemática de literatura e análise da mesma com a finalidade de aceder à evidência científica que permita responder à questão de partida: como desenvolver a competência cultural do EESMOG nos cuidados à parturiente imigrante, em Bloco de Partos?

O protocolo de pesquisa foi delineado segundo a metodologia PICOD:

P (*Participant*) – Parturientes imigrantes;

I (*Intervention*) – Cuidados do EESMOG com parturientes imigrantes;

O (*Outcomes*) - Melhoria dos cuidados a parturientes imigrantes.

Como critérios de inclusão defini: estudos com data de publicação entre 2000 e 2011, estudos em texto integral, estudos com grávidas e parturientes, estudos com imigrantes ou sobre imigração, estudos sobre competência cultural do profissional de saúde e estudos escritos em inglês, português ou castelhano.

Como critérios de exclusão defini: estudos cujos participantes são pessoas com dificuldades na comunicação devido a incapacidades ou limitações físicas ou mentais (cegos, surdos, traqueostomizados, etc) e estudos que contrariem os critérios de inclusão.

Numa primeira pesquisa, fez-se a revisão da literatura científica publicada entre 2005 e 2011 em duas bases de dados: EBSCOhost e B-On. Identificaram-se 6049 referências dos quais foi seleccionado um único estudo, que cumpria os critérios definidos anteriormente.

Num segundo momento, utilizaram-se três plataformas electrónicas de bases de dados: EBSCOhost, B-On e RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal). Na EBSCOhost foram pesquisados estudos publicados nas seguintes bases: *CINAHL Plus With Full Text*, *MEDLINE with Full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Academic Search Complete*, *ERIC*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina*. Através do interface B-On pesquisou-se a *Annual Reviews*, *Elsevier - Science Direct (Freedom collection)*, *Nature*, *PubMed*, *SpringerLink (Springer/Kluwer)*, *Taylor & Francis*, *Web of Science (ISI)* e *Wiley Online Library (Wiley)*.

A pesquisa de literatura foi efectuada em Julho de 2011. Os termos de pesquisa utilizados foram: *Midwife*, *Parturient*, *Immigrant*, *Ethnic Group*, *Communication*, *Cultural Competence*, *Multiculturalism*, *Cultur**. A nível da limitação dos resultados foi seleccionada a hipótese de texto integral e a data de publicação de 01/01/2001 até 2011, inclusive.

Partindo da estratégia de pesquisa assumida, foram identificadas 16355 referências a estudos nas diferentes bases de dados, das quais foram excluídas 3022 por serem repetidas. Adicionalmente foram excluídas 4587 referências através da eliminação de 43 descritores que não se relacionavam com o objectivo do estudo, tais como: *CELL phones*, *CITIZENSHIP*, *HISTORY*, *INTERNET* entre outros. Rejeitaram-se 6 estudos por

estarem escritos noutros idiomas. Das 8740 referências restantes, foram excluídas 8683, após leitura do título; dos restantes 57 estudos, foram avaliados 48 resumos e excluídos 9 por não terem o texto integral acessível. No final, foram seleccionados 6 estudos com base nos critérios de inclusão/exclusão definidos anteriormente.

Deste modo, o produto final alvo de revisão resultou em 6 artigos publicados entre 2005 e 2011. Destes, apenas um foi realizado em Portugal e os restantes em Israel, Canadá, Brasil e Reino Unido, respectivamente.

Um dos estudos corresponde a uma meta-síntese de 40 estudos qualitativos sobre a perspectiva da mulher imigrante nos cuidados de saúde materna durante os períodos pré-natal, parto e puerpério, e envolveu 1160 mulheres de mais de 50 culturas.

Nos restantes cinco artigos, o número de participantes situou-se entre 6 e 32, sendo que em 3 dos artigos os participantes são profissionais de saúde e os restantes 2 artigos são mulheres imigrantes. Todos os 5 estudos abordam a problemática de forma qualitativa.

Para a análise final e extracção dos dados incluídos nesta revisão, construiu-se a tabela 2, com referência ao estudo (título, autores, país e ano de publicação), descritores, tipo de estudo e objectivos. No Apêndice 1 figuram os principais resultados e sugestões dos autores.

Tabela 2 – Síntese dos estudos incluídos na revisão de literatura

Título / Autores/ País / Ano	Descritores	Amostra	Tipo de estudo	Objectivos do estudo
Cultural Competence and Ethnic Attitudes of Midwives Concerning Jewish Couples Noble [et al] Israel 2009	Competência cultural Atitudes étnicas ESSMO Israelitas Judeus Ultra-Ortodoxos Religioso Tradicional Secular	30 EESMOGs de um hospital universitário em Israel	Estudo qualitativo do tipo descritivo correlacional	Examinar as competências gerais dos EESMOGs e as suas atitudes culturais, durante o processo de nascimento, em relação a casais de etnia judaica com diferentes graus de identificação religiosa. Avaliar a relação entre background data, atitudes étnicas e competência cultural, através de <i>Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals - Revised</i> e <i>Ethnic Attitude Scale - Adapted</i> .
“They Can’t Understand It”: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland Reitmanova e Gustafson Canadá 2007	Mulheres muçulmanas imigrantes Serviços de saúde da maternidade Cultura Religião Diversidade	6 mulheres muçulmanas (idades entre 25 e 40 anos) com pelo menos 1 parto em St. John’s entre 1995 e 2005	Estudo qualitativo, utilizando entrevista semi-estruturada	Documentar e explorar as necessidades dos cuidados de saúde materna e as barreiras de acesso aos serviços de saúde na perspectiva das mulheres muçulmanas imigrantes que vivem em St. John’s, no Canadá.

Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto Bezerra e Cardoso Brasil 2006	Teoria de enfermagem Parto normal Cultura Enfermagem	7 parturientes com partos normais, numa maternidade pública de Fortaleza-Ceará, entre Junho a Agosto de 2003.	Estudo qualitativo do tipo descritivo, sob enfoque etnográfico	Compreender os factores culturais que interferem nas experiências vividas pelas parturientes.
Views on cultural barriers to caring for South Asian women Reynolds e Manfusa Reino Unido 2005	Asians Expectant Mothers Health Services Accessibility Midwife Attitudes Prenatal Care Student Attitudes	25 EESMOGs e 7 Alunos de EESMOGs	Estudo qualitativo do tipo exploratório	Identificar as dificuldades na prestação de cuidados pré-natais a mulheres de origem asiática e fazer recomendações para os tornar culturalmente mais apropriados Relacionam as dificuldades sentidas com a experiência do EESMOG e o grau de contacto com mulheres de origem asiática.
Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório Santiago Portugal 2009	Não apresenta (tese de mestrado)	6 Enfermeiras e 6 médicos clínicos gerais, a exercerem funções em Centros de Saúde e em Unidades de Saúde Familiar	Estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório	Conhecer as competências e conhecimentos culturais dos profissionais de saúde relativos à maternidade em situação de migração; Identificar os principais factores que influenciam os profissionais de saúde (enquanto educadores para saúde na adaptação da mulher à maternidade) durante as suas intervenções junto da mãe, com um contexto cultural diferente do seu e a importância que eles atribuem ao contexto social e cultural da mulher.
A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography Wikberg e Bondas 2010	Intercultural, caring Meta-ethnography Meta-synthesis Maternity care	40 Estudos qualitativos	Meta-Síntese	Explorar e descrever a perspectiva da mulher nos cuidados de maternidade em contexto intercultural

Após a leitura e análise dos artigos seleccionados identificaram-se temas relacionados com a temática em estudo: vivência dos profissionais de saúde, vivência da mulher imigrante, dificuldades na comunicação e acesso aos cuidados de saúde.

Todos os autores consideram que os estilos de vida são condicionados por factores socioculturais e religiosos e que estes devem ser tidos em conta quando se pretende prestar cuidados de saúde de excelência, em particular, no caso da mulher imigrante. A este propósito, Noble *[et al]* (2009) salienta que o contacto da mulher imigrante e da sua família com o sistema de saúde ocidental, ocorre, em geral, no bloco de partos, sendo, por isso, este o local mais propício à ocorrência de conflitos.

Vivência dos profissionais de saúde

As investigações relativamente às vivências dos profissionais de saúde na prestação de cuidados a mulheres imigrantes identificam como essencial o conhecimento dos hábitos culturais de cada utente de modo a compreender as possíveis influências na vivência da maternidade e de adequarem as suas intervenções junto das mulheres imigrantes (Reynolds e Manfusa, 2005; Noble [et al], 2009; Santiago, 2009). No estudo de Reynolds e Manfusa (2005) com 29 participantes EESMOGs, apenas 31% referiram estarem satisfeitos com a sua educação e formação em assuntos culturais.

Os resultados do estudo de Noble [et al] (2009) classificaram a média das participantes como possuindo sensibilidade cultural, segundo *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals - Revised* de Campinha-Bacote.

Deste modo, quatro artigos (Reynolds e Manfusa, 2005; Reitmanova e Gustafson, 2008; Noble [et al], 2009; Santiago, 2009) salientam a necessidade da formação sobre o cuidar multicultural, quer na formação profissional de base quer na formação contínua, de modo a melhorar a competência cultural dos profissionais de saúde que prestam cuidados à população imigrante. Também é destacada a importância de desenvolver o contacto com as comunidades imigrantes e outras instituições de modo a aumentar a compreensão e sensibilidade das necessidades de cada grupo étnico.

Ainda Noble [et al] (2009), concluem que quanto mais os anos de experiência profissional, maior é a competência cultural. Conclusão que contraria o estudo de Reynolds e Manfusa (2005), os quais referem que os anos de prática profissional só ajudam a desfazer as barreiras culturais percebidas pelo EESMOG, se acompanhados de grande contacto com a população imigrante. Os mesmos autores, reforçam que parcerias e contactos com pessoas de diferentes grupos étnicos ajudam a dissolver os preconceitos e estereótipos.

Noble [et al] (2009) refere que as atitudes dos EESMOGs diferiam significativamente em função da etnia da mulher, sendo que o preconceito era mais reduzido com utentes cuja identificação religiosa era semelhante à sua.

Segundo Santiago (2009) e Wikberg e Bondas (2010), a continuidade na prestação de cuidados à mulher imigrante promove a empatia e a familiaridade entre esta e o profissional de saúde, facilitando a comunicação intercultural e a resposta adequada às necessidades de saúde da mulher imigrante. Reynolds e Manfusa (2005) acrescentam que os EESMOGs com mais tempo de trabalho tendem a possuir mais confiança na sua comunicação e na prestação de cuidados à mulher imigrante. Alguns profissionais de

saúde consideraram que o desconhecimento das crenças e comportamentos da utente resultam na não adesão às orientações sugeridas pelos profissionais do país de acolhimento, originado um sentimento de impotência, no profissional de saúde (Santiago, 2009).

A insegurança, a ambivalência e a falta de informação e de habilitações culturais conduzem a uma imposição cultural do profissional de saúde. Deste modo, torna-se necessário a identificação dos sentimentos e atitudes por parte do profissional de saúde, a tomada de consciência dos seus preconceitos e posturas etnocêntricas e egocêntricas, e ainda o significado que dão à aceitação da cultura e práticas cuidativas de outro, quando diferente da sua ou das que já se está habituado, de modo a promover a prestação de cuidados de excelência à mulher imigrante (Santiago, 2009).

Vivência da mulher imigrante

Por seu lado, a mulher imigrante caracteriza o cuidar como carinho, algo mais do que a rotina fá-la sentir-se cuidada, podendo concluir-se que existem expectativas universais do cuidar como a escuta, a presença, o respeito, a preocupação, gentileza e a compreensão. Desta forma, a relação entre utente e profissional de saúde é pré-requisito para cuidar. No entanto, em diversos estudos (Reynolds e Manfusa, 2005; Reitmanova e Gustafson, 2008; Wikberg e Bondas, 2010) as mulheres experienciaram estereotipagem, discriminação, racismo, insensibilidade e falta de conhecimentos sobre as suas práticas religiosas e culturais.

Wikberg e Bondas (2010) recordam que no cuidar existem elementos comuns a todas as pessoas, mas cada cultura possui características específicas e importantes para o cuidado intercultural. Igualmente os desejos e necessidades de cada mulher em particular têm de ser considerados porque existem variações dentro e entre culturas e cada indivíduo necessita de cuidados personalizados.

Outra queixa importante da mulher imigrante foi o desrespeito pela sua intimidade (Reynolds e Manfusa, 2005; Reitmanova e Gustafson, 2008; Wikberg e Bondas, 2010). Deste modo, compreende-se que os profissionais do sexo feminino sejam os preferidos destas utentes (Reitmanova e Gustafson, 2008; Wikberg e Bondas, 2010).

Verificaram-se lacunas significativas entre os serviços de saúde materna e as necessidades das mulheres a nível de apoio emocional e informação adequada a nível linguístico e cultural. No estudo de Reitmanova e Gustafson (2008), todas as participantes admitiram necessitar de apoio emocional durante a sua gravidez. Os mesmos autores, relatam que as mulheres não receberam informações suficientes sobre

a gravidez, tais como alterações físicas e psicológicas, nutrição e exercício, apesar de isso ser importante para elas. Acresce que a informação não era fornecida rotineiramente, tendo de ser a mulher a solicitá-la e durante a primeira gravidez recebiam mais informações do que em gravidez seguintes. Deste modo, a grávida teve de procurar informações a partir de outras fontes, tais como amigos, familiares e vizinhos (Bezerra e Cardoso, 2006; Reitmanova e Gustafson, 2008). Bezerra e Cardoso (2006) e Santiago (2009) constataram a ambivalência e confronto de ideias e costumes com que a mulher imigrante se depara, face à informação e conhecimentos adquiridos dos profissionais de saúde e as tradições familiares.

Reynolds e Manfusa (2005) sugerem a integração das avós na educação para a saúde durante a vigilância pré-natal devido ao seu potencial para influenciar as mães, tentando, ultrapassar o conflito entre as práticas tradicionais culturais e as recomendações dos profissionais de saúde.

Segundo as participantes, as informações fornecidas não consideraram as suas necessidades culturais. Wikberg e Bondas (2010) concluem que os profissionais de saúde devem questionar a cultura da utente e suas necessidades, mostrar que se importam, bem como informá-la e deixá-la escolher. Já Reitmanova e Gustafson (2008) referem que a deficiente informação relativamente à cultura e religião resultou em atitudes menos correctas, por parte dos profissionais de saúde, chegando a expressar frustração ou raiva.

Dificuldades na comunicação

Os problemas na comunicação são referidos quer por profissionais de saúde, quer pelas mulheres imigrantes. Wikberg e Bondas (2010) destacam que na ausência de uma linguagem comum ou comunicação eficaz, não é possível existir uma relação entre utente e EESMOG. No estudo de Reitmanova e Gustafson (2008) algumas participantes experimentaram falta de comunicação com os profissionais de saúde, tendo considerado difícil expressar as suas preocupações relativamente à sua saúde e solicitar os cuidados que necessitavam. Wikberg e Bondas (2010) acrescentam que a incapacidade em receber a informação tem como consequência a ausência de escolha, situação que provoca medo e frustração à mulher imigrante.

Os profissionais de saúde encaram as dificuldades de comunicação como um obstáculo à prestação de cuidados de excelência. Existe insegurança por parte dos profissionais no que diz respeito à avaliação das necessidades de saúde manifestadas pela mulher imigrante e ainda, na necessidade de confirmação de que as suas intervenções foram

compreendidas pela mulher (Santiago, 2009). Acresce que os problemas de comunicação e linguagem podem provocar mal entendidos ou conflitos (Wikberg e Bondas, 2010).

São apresentadas diversas estratégias para ultrapassar as dificuldades em comunicação com a mulher imigrante, tais como a utilização de intérpretes e a utilização de recursos didáticos. Os recursos didáticos podem ser posters, panfletos e imagens, mas devem representar a multiculturalidade da população alvo e estarem traduzidos (Reynolds e Manfusa, 2005; Reitmanova e Gustafson, 2008; Noble *[et al]*, 2009; Santiago, 2009).

Acesso aos cuidados de saúde

Segundo Santiago (2009) as mulheres imigrantes têm acesso à vigilância de saúde. No entanto, o início da vigilância pré-natal é tardio e a periodicidade das consultas não é, muitas vezes, realizada de acordo com esquema preconizado, pondo em causa a qualidade da vigilância da gravidez.

O acesso aos cuidados de saúde é influenciado pela cultura (Reynolds e Manfusa, 2005) e pode ser dificultado pela inadequada articulação entre os profissionais de saúde da mesma instituição, difícil acesso às consultas de referência hospitalar, realização de ecografias e outros exames noutros locais (Santiago, 2009), atitudes de racismo por parte de profissionais de saúde, falta de transporte e ausência de intérpretes (Wikberg e Bondas, 2010).

Por último, alguns estudos fazem recomendações para o futuro. A nível da investigação, Wikberg e Bondas (2010) sugerem a realização de outras meta-sínteses sobre outros grupos étnicos e outras temáticas, tais como a mutilação genital feminina, a dor e a depressão pós-parto. Reynolds e Manfusa (2005) e Noble *[et al]* (2009) propõem a realização de investigações com amostras maiores e mais representativas de profissionais de saúde e de mulheres imigrantes, de modo a obter uma maior representatividade de atitudes e experiências

1. 2. Metodologia

A metodologia utilizada na execução do PI foi o trabalho de projecto, que Fernandes (1999, p.234) define como um “processo de planeamento e realização de um conjunto articulado de acções, com vista a atingir determinados objectivos”.

Por conseguinte, irei abordar as etapas necessárias para a realização do trabalho de projecto, identificando todas as acções realizadas desde a planificação do PI de estágio até ao presente relatório.

De salientar, que ao longo deste trabalho a aquisição de conhecimentos teve sempre em conta as questões éticas e morais, definidas pelo Código Deontológico de Enfermagem.

A primeira etapa consistiu no diagnóstico da situação e conseqüente escolha da temática. Neste contexto, a problemática da multiculturalidade surgiu como forma de ultrapassar uma dificuldade pessoal associada ao local de EC. Na minha prática profissional e como aluna nos vários ECs, deparei-me frequentemente com utentes oriundos de diversos países. A dificuldade na comunicação e o pouco conhecimento dos valores culturais, crenças e modos de vida destes utentes constituíram um obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem competentes e individualizados. Acresce o facto de a área de influência do HFF abranger uma população com grande concentração de imigrantes.

Com o objectivo de aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática, realizei uma pesquisa bibliográfica e também procedi a uma revisão sistemática da literatura de modo a conhecer a evidência científica existente nesta área. Além disso, após análise dos dados informáticos do HFF, foi possível concluir que em 2010, 32% das parturientes possuíam uma nacionalidade diferente da portuguesa (HFF, 2010). Por outro lado, no contacto com os profissionais comprovou-se a dificuldade na comunicação e o escasso conhecimento sobre os valores culturais da população imigrante.

A segunda etapa consistiu na determinação de objectivos, ou seja, na definição dos resultados que se pretendiam alcançar. Deste modo, defini como objectivo geral a melhoria da prestação de cuidados culturalmente competentes prestados pelos EESMOGs do BP do HFF às parturientes. De forma a dar resposta ao objectivo geral defini dois objectivos específicos:

- Aumentar a competência cultural dos EESMOGs;
- Elaborar estratégias facilitadoras da comunicação com as parturientes que não dominam a língua portuguesa.

Na etapa seguinte referente ao planeamento, foram seleccionados e organizados actividades, estratégias e meios para atingir os objectivos. Dentro das actividades, estabeleceram-se as seguintes:

- Identificação da nacionalidade das mulheres que pariram no HFF nos últimos 5 anos;
- Identificação dos grupos étnicos com os quais é mais difícil comunicar;
- Diálogo com a equipa de EESMOGs a fim de partilhar opiniões e recolher sugestões;
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre a vivência do parto nos grupos étnicos escolhidos;
- Contacto com embaixadas e consulados dos grupos étnicos escolhidos;
- Contacto com associações dos grupos étnicos escolhidos cujo âmbito de actuação incluiu a área de influência do HFF;
- Realização de uma sessão de sensibilização aos EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a língua portuguesa;
- Elaboração de recursos que facilitem a comunicação com as parturientes que não dominam a língua portuguesa;
- Validação dos recursos elaborados junto de parturientes de vários grupos étnicos e dos EESMOGs;
- Disponibilização de material bibliográfico e recursos elaborados.

As estratégias passaram pela pesquisa bibliográfica, pela criatividade da ilustradora e pelas minhas capacidades a nível informático e de criatividade.

Relativamente aos meios, considerei a utilização de meios: humanos, materiais e financeiros. A nível humano a equipa foi constituída pela Sr.^a Prof.^a Anabela Ferreira dos Santos, Docente Orientadora, a Sr.^a Enf.^a ESMO Paula Reis, Orientadora do Local, toda a equipa de enfermagem do BP do HFF, as utentes do BP do HFF e respectivos familiares, os membros de entidades ligadas à imigração, a ilustradora Sara Marques da Cruz, a tradutora Antónia Sousa e eu própria.

Os meios materiais utilizados foram livros e artigos das bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, bases de dados, o computador com acesso à internet e para criação de documentos. Por último, recorri à entrevista dos profissionais de saúde e de membros de associações e outras entidades ligadas à imigração.

A nível financeiro foram efectuados os seguintes gastos: 130€ relativamente ao trabalho da ilustradora Sara Marques da Cruz e 70€ na tradução, realizada por Antónia Sousa. As verbas relativas a fotocópias e impressões não foram contabilizadas.

A etapa subsequente foi a execução do trabalho de projecto, na qual se concretiza o planeamento definido. Nesta etapa foi utilizada a observação directa de prestação de cuidados a parturientes imigrantes, realização de entrevistas informais a profissionais de saúde e membros de entidades ligadas à imigração, além da pesquisa bibliográfica. No capítulo Actividades Desenvolvidas e Resultados abordarei mais pormenorizadamente a execução das actividades.

Por último, a avaliação constitui a etapa final no trabalho de projecto. Nesta fase, é fundamental aferir o resultado alcançado face ao planeado, ou seja, avaliar o produto final. Todas as dez actividades estabelecidas inicialmente contribuíram para a avaliação do PI, tendo sido definidas as seguintes formas de avaliação:

- Utilizar as estratégias e recursos elaborados junto de parturientes de vários grupos étnicos e avaliar a sua eficácia;
- Avaliar a sessão de sensibilização aos EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente;
- Realizar a discussão pública do Relatório de Estágio;
- A longo prazo, reavaliar, num prazo de um ano, a pertinência da temática;
- Como estratégia de divulgação, apresentar a temática em forma de poster, comunicação livre e artigo.

1. 3. Actividades desenvolvidas e resultados

Neste item proponho-me identificar as diferentes actividades estabelecidas no planeamento para atingir os objectivos específicos, descritos anteriormente, bem como descrever os respectivos resultados.

Objectivo Específico 1 - Aumentar a competência cultural dos EESMOGs

- **Identificação da nacionalidade das mulheres que pariram no HFF nos últimos 5 anos;**

Foi solicitado ao serviço de informática do HFF informação relativa à nacionalidade das puérperas internadas entre 2005 e 2010. Devido a dificuldades técnicas só foi possível recolher informação relativa a 2010 (ver Tabela 2, p. 32 e 33).

- **Identificação dos grupos étnicos com os quais é mais difícil comunicar;**

Santiago (2009) salienta que a identificação de comportamentos, crenças e atitudes relativas à cultura da mulher é indispensável para uma intervenção adequada.

Após a observação directa da prestação de cuidados de enfermagem a utentes imigrantes e através do diálogo com a equipa de enfermagem, constatou-se a necessidade de reformular esta actividade, tendo-se decidido que, além de identificar os grupos étnicos com os quais é mais difícil comunicar, deveriam ser, também, valorizados aqueles onde o desconhecimento dos valores culturais, crenças e modos de vida é mais notório. Foi também tomada em consideração, a predominância da nacionalidade das puérperas. Deste modo, as nacionalidades escolhidas foram a cabo-verdiana, brasileira, angolana, guineense e romena.

- **Diálogo com a equipa de EESMOGs a fim de partilhar opiniões e recolher sugestões;**

Quando iniciei o estágio no BP do HFF, validei com a Sr.^a Enf.^a Chefe Fidalgo e os EESMOGs a pertinência de um trabalho nesta área, tendo-se comprovado a dificuldade na comunicação e o escasso conhecimento sobre os valores culturais da população imigrante. Toda a equipa de enfermagem demonstrou grande disponibilidade e interesse na discussão da temática deste projecto. Este empenho permitiu validar a pertinência do tema, identificar as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados a utentes imigrantes, conhecer experiências dos profissionais, bem como melhorar as frases mais pertinentes e frequentemente utilizadas no BP (Apêndice 2).

- **Realização de pesquisa bibliográfica sobre a vivência do parto nos grupos étnicos escolhidos;**

Na investigação de Noble *[et al]* (2009), os EESMOGs reconhecem como essencial o conhecimento da influência da cultura na vivência da maternidade, de modo a prestarem cuidados culturalmente sensíveis.

Tendo em conta os resultados obtidos na segunda actividade, foi efectuada pesquisa bibliográfica sobre a vivência do parto em Cabo-Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Roménia. Uma vez que os dados obtidos foram insuficientes foi necessário alterar a estratégia para a sua recolha utilizando a entrevista semi-estruturada (Apêndice 3), sobre a vivência do parto no seu grupo étnico. Por dificuldades na gestão de tempo, não foi possível realizar as referidas entrevistas.

- **Contacto com embaixadas e consulados dos grupos étnicos escolhidos;**

Tendo em conta a morosidade desta actividade e a sua ineficácia na obtenção de resultados foi a mesma substituída pela actividade seguinte.

- **Contacto com associações dos grupos étnicos escolhidos cujo âmbito de actuação incluiu a área de influência do HFF;**

No estudo de Reitmanova e Gustafson (2008), as autoras realçam a importância do contacto com as comunidades imigrantes e instituições de modo a melhorar a compreensão e sensibilidade das necessidades de cada grupo étnico.

Entrevistei a Agente de Mediação Intercultural do HFF, Sr.^a Dr.^a Ângela Semedo, a qual faz parte do “Projecto de Mediação Intercultural no Atendimento em Serviços Públicos”, coordenado pelo Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. Este contacto permitiu-me conhecer o âmbito de actuação desse projecto e fazer a ligação com outras entidades que trabalham no apoio ao imigrante.

Contactei com o Gabinete de Saúde no Centro Nacional de Apoio ao Imigrante, de Lisboa, nas pessoas da Sr.^a Dr.^a Fernanda Silva, Sr.^a Enf.^a Urbana Inglês e Sr.^a Enf.^a Amélia Carvalho. Nesta reunião tive oportunidade de conhecer a actividade do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante e, mais especificamente, do seu Gabinete de Saúde. Este organismo além de identificar e desbloquear problemas no acesso ao Serviço Nacional de Saúde, privilegia a informação aos imigrantes sobre os seus direitos e deveres. Tive também possibilidade de conhecer o programa “Português para Todos” que visa facultar acesso a um conjunto de conhecimentos indispensáveis a uma inserção de pleno direito na sociedade portuguesa, através da promoção da capacidade de expressão e compreensão da língua portuguesa e do conhecimento dos direitos básicos de cidadania.

Estes contactos tiveram como objectivo conhecer as dificuldades que a população imigrante tem no acesso aos serviços de saúde e as respostas das instituições. Deste modo, foi possível obter uma compreensão global dos aspectos mais significativos da vida comunitária dos imigrantes na área de influência do HFF.

- **Realização de uma sessão de sensibilização aos EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a língua portuguesa;**

No estudo de Reynolds e Manfusa (2005) com 29 participantes EESMOGs, apenas 31% referiram estar satisfeitos com os seus conhecimentos sobre multiculturalidade. Santiago (2009) lembra que o desenvolvimento da competência cultural dos profissionais de saúde passa pela formação em cuidar multicultural, quer na formação profissional de base quer na formação contínua.

Por dificuldades na gestão de tempo, não foi possível realizar a referida sessão em tempo útil, devendo a mesma realizada brevemente, utilizando o plano da sessão e respectiva avaliação incluídos no Apêndice 4.

- **Disponibilização de material bibliográfico e dos recursos elaborados.**

Foi entregue à Sr.^a Enf.^a Chefe Fidalgo um dossier para consulta dos enfermeiros do BP. Neste, foi incluída bibliografia relevante sobre multiculturalidade e cópia da brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”. Todos os documentos ficaram guardados num CD, incluído no dossier, de modo a facilitar o acesso à informação. Será disponibilizada cópia do presente relatório e disponibilizar-me-ei a apresentar os resultados do mesmo.

Objectivo Específico 2 - Elaborar estratégias facilitadoras da comunicação com as parturientes que não dominam a língua portuguesa

- **Elaboração de recursos que facilitem a comunicação com as parturientes que não dominam a língua portuguesa;**

Segundo Santiago (2009), as dificuldades de comunicação são consideradas pelos profissionais de saúde como um obstáculo à prestação de cuidados de excelência. Existem diversas formas de ultrapassar estas dificuldades, Noble *[et al]* (2009) sugerem a utilização de posters, panfletos e imagens traduzidos consoante o idioma da população que a instituição abrange.

Inicialmente, analisei as dificuldades e elaborei as questões e frases mais pertinentes e frequentemente utilizadas e agrupei-as em 5 categorias: antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos, gravidez actual, actividades e frases. De seguida, os EESMOGs, enquanto peritos, validaram e sugeriram alterações (Apêndice 2).

De seguida, procedi à elaboração de uma brochura denominada “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas” (Apêndice 5). Nesta, cada questão está traduzida em 7 línguas, além do português, e associada a um pictograma explicativo. Os idiomas foram escolhidos tendo em conta a nacionalidade das parturientes e as mais faladas no mundo. Tendo em conta que 97% das puérperas que pariram no HFF em 2010 tinham como língua-mãe o português, crioulo, romeno, ucraniano, francês e mandarim, foram escolhidos estes seis idiomas acrescidos do espanhol e inglês, por serem a segunda e terceiras línguas mais faladas no mundo, depois do mandarim.

- **Validação dos recursos elaborados junto de parturientes de vários grupos étnicos e dos EESMOGs;**

Devido a impedimentos práticos não foi possível validar a brochura elaborada junto das parturientes. No entanto a validação pelos EESMOGs permitiu a recolha de sugestões e posteriores alterações, bem como constatar o interesse da sua futura aplicação.

1. 4. Sugestões

Este PI permitiu melhorar o conhecimento sobre a população abrangida pelo HFF e a concretização de diversas estratégias que podem contribuir para o desenvolvimento da competência cultural do EESMOG. No entanto, durante o decorrer deste trabalho foram vários os aspectos interessantes e actuais sobre os quais não tive oportunidade de me debruçar. A nível de investigação, proponho as seguintes pesquisas:

- Caracterizar os diferentes grupos étnicos relativamente às concepções de saúde, doença, corpo, morte, maternidade, às práticas culturais e religiosas e às expectativas relativamente aos técnicos e aos cuidados de saúde;
- Realizar estudos epidemiológicos sobre doenças mais frequentes na população imigrante, de modo a desenvolver campanhas de informação e sensibilização adequadas às diferenças culturais do público-alvo;
- Traduzir, adaptar e testar para a população portuguesa a escala *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals - Revised* (Noble [et al], 2009), de modo a adaptar a formação no âmbito da prestação de cuidados culturalmente adaptados;
- A nível da gravidez, parto e puerpério, explorar as expectativas, crenças, valores e identificar práticas dos diferentes grupos culturais.

Relativamente à formação dos profissionais, constata-se ser indispensável formação específica sobre diversidade cultural, multiculturalidade e formas de ultrapassar barreiras linguísticas, de modo a fomentar a consciencialização cultural. As actividades formativas podem passar por seminários, cursos ou programas culturais, com dias específicos dedicados a um grupo étnico, com informação sobre história, geografia, sistemas político e socioeconómico, alimentação, entre outros e onde são convidados representantes do respectivo grupo étnico (Lazure e Vallée, 2003; Cooper [et al], 2007).

É igualmente importante, a promoção da cooperação e diálogo com instituições e/ou associação de grupos étnicos, por ser uma forma de melhorar os conhecimentos sobre

as características e necessidades específicas de cada grupo étnico. Dentro da instituição de saúde, também devem ser recrutados profissionais com conhecimentos sobre outras culturas, criando-se uma bolsa de elementos facilitadores cuja constituição deverá ser divulgada.

Relativamente à comunicação com a população imigrante, torna-se importante a elaboração de documentos traduzidos nas línguas mais frequentes da instituição de saúde, de modo superar as necessidades específicas dos utentes. Exemplos desses documentos são: explicação de exames diagnósticos, procedimentos obstétricos e de anestesia, consentimento informado, cuidados básicos durante a gravidez, orientações práticas, entre outros.

Os intérpretes também são recursos valiosos na comunicação com utentes que não dominam a língua portuguesa. É, assim, necessária a sensibilização para a utilização do “Serviço de tradução telefónica de apoio a cidadãos estrangeiros” (808 257 257). No HFF, a presença do agente de mediação intercultural é pouco conhecida, devendo por isso ser mais divulgada de modo a facilitar a comunicação e promover a compreensão das necessidades de utentes.

1. 5. Reflexão Final

Actualmente, Portugal é cada vez mais um país multicultural, com diversos grupos étnicos que possuem as suas crenças específicas relativamente à gravidez, parto e puerpério. O aumento da população imigrante no nosso país, constitui um desafio para as instituições de saúde e respectivos profissionais, que prestam cuidados a esta população com características particulares.

Estes factos, tornaram pertinente abordar o desenvolvimento da competência cultural do EESMOG ao cuidar da parturiente imigrante, no PI. A competência cultural consiste numa junção de comportamentos, atitudes e habilidades por parte do profissional, de modo a prestar cuidados de enfermagem que respeitem o indivíduo como ser holístico, dentro da sua cultura e na diversidade de valores e crenças.

No entanto, não é esperado que o EESMOG seja detentor de conhecimentos sobre todos os grupos culturais, tal seria impossível. O ideal seria o profissional possuir conhecimentos sobre os principais grupos culturais que recorrem à sua instituição de saúde, mas tendo sempre em consideração que cada utente é único e deve ser tratado como tal. A recolha de dados sobre as características gerais e culturais da saúde,

doença, morte, gravidez, parto, puerpério e práticas religiosas e espirituais sobre cinco grupos étnicos, pretende fornecer informações mais específicas sobre cada grupo. No entanto, não deverá ser utilizado como um “livro de receitas” para prestação de cuidados a utentes de outros grupos étnicos, mas como uma forma de conhecer algumas características culturais e adequar os cuidados de modo a respeitar as suas crenças e valores.

Do mesmo modo, também não é possível que o EESMOG consiga comunicar fluentemente em todas as línguas. Com a brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas” (Apêndice 5) pretendi iniciar um modo de comunicação com utentes que não falam português, mas que também não sabem ler nem escrever a sua própria língua, com o objectivo de ser ampliado e melhorado após a sua aplicação prática.

Considero ter atingido, de forma global, o objectivo geral do PI: melhorar a prestação de cuidados culturalmente competentes prestados pelos EESMOGs do BP do HFF às parturientes.

Relativamente ao diagnóstico da situação, infelizmente, só no final deste trabalho tive acesso ao *Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Healthcare Professionals - Revised* (Noble [et al], 2009), que poderia ter sido utilizado como guia orientador para a identificação e validação do problema.

Considero ter abordado os aspectos teóricos fundamentais que justificaram a pertinência e importância desta temática na sociedade actual.

Os objectivos definidos e as actividades desenvolvidas foram claros e precisos de modo a atingir o objectivo geral deste projecto. Dado que o projecto não é algo estático, houve necessidade de efectuar pequenas alterações e ajustamentos às actividades de modo a que o planeamento e execução das mesmas permitissem alcançar os objectivos propostos.

Por último, a avaliação constituiu, para mim, a etapa mais aliciante de todas, pelo facto de ver materializadas as ideias iniciais. Como referi anteriormente, por falta de tempo, não houve possibilidade de apresentar a sessão sensibilização aos EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente. No entanto, em conversas informais com elementos da equipa de enfermagem, as reacções foram positivas e todos consideraram a temática e as actividades desenvolvidas como interessantes e úteis para a prática profissional, principalmente a brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”.

De salientar que, como estratégia de divulgação definida, tive oportunidade de apresentar a temática do PI. Nas IV^{as} Jornadas da Unidade Coordenadora Funcional Obstetrícia - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, apresentei a comunicação em poster “Cuidado Multicultural no Bloco de Partos” tendo obtido uma Menção Honrosa (Apêndice 6). Posteriormente, nas II^{as} Jornadas de Saúde Materno Infantil do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, “Vivências e Saberes” apresentei a comunicação em poster “Multiculturalidade no Bloco de Partos – Revisão Sistemática da Literatura” (Apêndice 7) e a comunicação oral livre “Competência Cultural do Enfermeiro de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica”, sendo que nesta última fui distinguida com o 1º lugar (Apêndice 8).

A este propósito, gostaria de salientar como aspectos facilitadores na elaboração deste projecto: a temática que me motivou bastante e a realização do projecto que possibilitou a tomada de consciência de todos os passos necessários para a sua elaboração, de uma forma organizada e estruturada, bem como a necessidade de reflexão para conseguir o resultado desejado. No entanto, existiram algumas dificuldades, tais como: a gestão de tempo, a evidência científica muito dispersa e o número máximo de páginas para apresentação do presente relatório e, também o projecto inicial ser demasiado ambicioso.

Espero deste modo, ter conseguido evidenciar que o desenvolvimento da competência cultural é um processo contínuo que envolve múltiplos aspectos do cuidar. Desejo também que o PI contribua para a consciência profissional e permita quebrar preconceitos e estereótipos, possibilitando a vivência da gravidez, parto e puerpério de forma plena e de acordo com as crenças e valores de cada mulher.

Posto isto, planeio no futuro:

- Efectuar as actividades que não tive possibilidade de desenvolver, como a sessão de sensibilização aos EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a língua portuguesa e a pesquisa sobre vivência do parto em Cabo-Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Roménia;
- Desenvolver um projecto que possibilite a criação de um site, em que serão incluídas as imagens e frases mais frequentemente utilizadas na gravidez, parto e puerpério. Tendo em consideração que o acesso à internet está facilitado na maioria das instituições de saúde, poderá ser utilizado nos cuidados de saúde primários, bem como nos hospitais. Posteriormente, pretendo disponibilizar a versão oral / áudio das respectivas frases;

- Divulgar a temática da multiculturalidade em revistas científicas, através da elaboração e publicação de artigo, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência à população imigrante.

Termino com um novo desafio: compartilhar a minha experiência e conhecimentos adquiridos na tentativa de promover a competência cultural de todos os enfermeiros, e mais especificamente dos EESMOGs.

II - DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS DO EESMOG

O presente capítulo aborda as actividades realizadas durante a UC Estágio com Relatório de modo a desenvolver e aperfeiçoar as competências essenciais do EESMOG.

De forma a atingir os objectivos propostos para a UC Estágio com Relatório, a Lei nº 9 de 4 de Março de 2009 e as directivas da União Europeia relativas à livre circulação de parteiras, a definição de objectivos foi elaborada tendo em conta: as competências definidas pelo ICM (2002) e OE (2010), as minhas necessidades e interesses, bem como as necessidades e recurso do local de estágio.

Todas as actividades realizadas estão registadas no Manual do Estudante, bem como no Apêndice 9. Neste último, estão, também, descritos os objectivos e respectivas actividades, recursos utilizados e avaliação dos mesmos.

De acordo com Le Boterf (2006, p. 63), competente “é aquele que, não só é capaz de agir com pertinência numa dada situação, mas que compreende, igualmente, o porque e o como agir”. Para se ser EESMOG não basta possuir conhecimentos teóricos nem destreza manual para realizar técnicas. É, sobretudo, fundamental ser capaz de associar e mobilizar estes conhecimentos para agir de modo pertinente e oportuno, mas também de fundamentar a sua acção.

O Estágio com Relatório decorreu no HFF, com a seguinte distribuição temporal: 19 semanas no Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica e Bloco de Partos e 1 semana no Serviço de Neonatologia.

Em todo o Estágio com Relatório, a minha atitude pautou-se pela participação activa no processo de aprendizagem. A nível individual, elaborei 3 diários de aprendizagem, o PI e o relatório de estágio, reflecti e analisei as actividades desenvolvidas com a Orientadora do EC e a Docente Orientadora e realizei a auto-avaliação formativa e sumativa. Durante as 20 semanas de estágio, participei activamente nas actividades do serviço, nos cuidados especializados às parturientes e RNs, e tentei esclarecer, sempre, as minhas dúvidas.

De modo a facilitar a minha integração no BP do HFF tornou-se fundamental conhecer a estrutura física bem como a sua organização e dinâmica organizacional. A concretização

deste objectivo foi cumprida através da visita guiada ao serviço e da consulta de manuais de enfermagem, normas, protocolos e guia de integração para enfermeiros. Posteriormente, a observação directa da prestação de cuidados de enfermagem à grávida, parturiente, RN e acompanhante complementou os conhecimentos anteriormente adquiridos e permitiu-me trabalhar de forma adequada com a equipa multidisciplinar.

Durante a prestação de cuidados de enfermagem especializados e globais a parturientes, RNs e suas famílias, actuei de acordo com as orientações da DGS e as competências da ICM e da OE, com o objectivo de otimizar e potenciar a saúde através, da detecção e tratamento precoce de situações de risco.

No acolhimento da mulher / casal / família, pretendi estabelecer uma relação de ajuda e prestar apoio psicológico, sempre que necessário. De modo a prestar uma assistência de excelência, empreendi estratégias para promover a individualização e continuidades dos cuidados, bem como o respeito pela dignidade e privacidade da mulher. As especificidades de cada cultura foram consideradas na prestação de cuidados. Esta preocupação é bem expressa pela ICM (2002), a qual reforça o respeito pela cultura e costumes locais, refere a necessidade de não se emitirem juízos de valor e destaca a importância da sensibilidade cultural, que deve ter como objectivo ultrapassar barreiras culturais que possam prejudicar a mulher / feto / RN.

Constatei ser de extrema importância informar a parturiente e família sobre todos os cuidados prestados, de modo a promover uma decisão esclarecida. Deste modo, o meu objectivo último foi proporcionar uma experiência única, positiva e gratificante para a parturiente e família.

A recolha de dados, foi realizada de forma sistemática e completa de modo a possibilitar a elaboração de registos claros e objectivos no processo clínico e a transmissão de informações pertinentes à equipa multidisciplinar.

O terceiro objectivo definido foi a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados durante os quatro estádios do trabalho de parto. A ICM (2002) refere como competência do EESMOG a prestação de cuidados autónomos durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Este era o objectivo sobre o qual recaíam maiores expectativas e também ansiedade. Durante o Estágio com Relatório fui gradualmente adquirindo competências na prestação de cuidados especializados nos quatro estádios do trabalho de parto, de início como observadora e progressivamente com maior autonomia e destreza. No primeiro estágio do trabalho de parto, as minhas

principais dificuldades foram a nível da cervicometria, determinação da variedade fetal e da interpretação de alguns CTGs.

Prestei cuidados de enfermagem especializados a 183 mulheres nos 4 estádios do trabalho de parto. As actividades realizadas passaram pelo exame físico, manobras de Leopold, avaliação da altura do fundo do útero, pelvimetria, cervicometria, determinação da apresentação, posição e variedade fetais, vigilância do bem-estar materno fetal (através dos sinais vitais, auscultação de batimentos cardíofetais, interpretação de CTG), amniotomia, aplicação de monitorização interna, avaliação da progressão do trabalho de parto e identificação desvios na sua evolução e encaminhar adequadamente.

A gravidez e o parto são vistos pela sociedade como momentos de alegria. No entanto, o diagnóstico de uma malformação fetal e / ou morte fetal são situações inesperadas e imprevisíveis e que provocam uma rotura violenta nas expectativas do casal. Prestei apoio psicológico à mulher e casal numa situação de morte fetal e numa situação de feticídio selectivo por malformações fetais incompatíveis com a vida. Estas situações provocaram em mim sentimentos de tristeza, injustiça e medo.

No que respeita ao segundo estádio do trabalho de parto, realizei 51 partos de apresentação cefálica. Nasceram 32 rapazes e 19 raparigas com pesos entre 2115gr e 4420gr, sendo o valor mais baixo do Índice de Apgar igual a 8. Nestes partos, 11 mulheres tiveram o períneo intacto, realizei 21 episiotomias e episiorrafias e reparei 19 lacerações (12 de grau I e 7 de Grau II). A minha actuação demonstrou progressivamente maior segurança e destreza na realização do parto eutócico, mas também da episiotomia, episiorrafia e perineorrafia. Para muito contribuiu a tranquilidade e segurança que a Sr.^a Enf.^a ESMO Paula Reis me transmitiu durante todo o EC.

Uma das principais preocupações da parturiente é a dor e como lidar com ela. Existem múltiplas formas de lidar com o desconforto durante o trabalho de parto. Assim, tive a oportunidade de incentivar a utilização de estratégias não farmacológicas de controlo da dor, como a utilização da bola, a deambulação, a musicoterapia, a massagem e o duche de água quente. Nos 51 partos que acompanhei, 7 mulheres não usufruíram de qualquer forma de analgesia, 22 foram submetidas a analgesia epidural e nas restantes 22 efectuei anestesia local e as técnicas não farmacológicas atrás mencionadas.

Por vezes, o parto não decorre de forma linear, podendo existir desvios à normalidade ou complicações. Com efeito, estive perante situações de circulares cervicais, nó verdadeiro do cordão, distócia de ombros, procidência da mão, membranas fragmentadas e

dequitação manual. Por outro lado, observei 16 partos eutócicos e observei e colaborei em 21 partos distócicos (1 fórceps, 7 ventosas e 13 cesarianas).

Prestei cuidados de enfermagem especializados a 27 grávidas internadas no BP com patologia. Os motivos de internamento foram hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, rotura espontânea de bolsa de águas, hemorragia, vigilância de bem-estar materno-fetal, taquicardia fetal, e suspeita de H1N1.

No que respeita ao desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de enfermagem no período pós-natal, durante o EC prestei cuidados de enfermagem especializados a 24 mulheres no 1º dia de puerpério, após partos eutócicos e distócicos. Assim, realizei o exame físico sistemático à puérpera e RN, avaliei a involução uterina, perdas hemáticas e cicatrização de lacerações e suturas e prestei cuidados de higiene e conforto. Outra componente importante deste objectivo passou pela educação para a saúde com vista à satisfação do auto-cuidado, cuidado do RN, prevenção de complicações, bem como promoção e apoio ao aleitamento materno.

A propósito da aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN na adaptação à vida extra-uterina, prestei cuidados imediatos a 39 RNs, sendo que 5 deles necessitaram de manobras de reanimação e outros 3 de transferência para o Serviço de Neonatologia. Durante a semana de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais, tive oportunidade de observar e colaborar nos cuidados a 20 bebés imediatamente após o parto e até aos 4 meses de vida. Apesar da curta duração do estágio e dos diminutos conhecimentos que possuo na área da neonatologia foi para mim uma semana repleta de aprendizagens e emoções. Tive oportunidade de compreender o papel do EESMOG na facilitação da relação entre a tríade e no desenvolvimento de atitudes parentais e autonomia dos cuidados ao bebé.

Tive, também oportunidade de prestar cuidados à mulher com patologia ginecológica, já que ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica recorrem mulheres com as mais variadas situações, tais como hemorragia uterina anormal, mastite, infecção urinária e vaginite.

Pelo exposto, posso concluir que as 20 semanas de EC, permitiram-me compreender a verdadeira extensão do exercício profissional do EESMOG, através do desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas na área da Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica. Considero que cada dia de estágio contribuiu para o meu crescimento, pessoal e profissional, apesar de constatar que existem alguns aspectos que necessitam

de melhoria, tais como, a autonomia e a capacidade de decisão em situações críticas. Benner (2001) afirma que só os enfermeiros que prestam cuidados é que têm consciência da complexidade e perícia exigidas para um determinado cuidado. A mesma autora salienta que o enfermeiro transpõe diversos níveis de experiência até atingir o grau de perito.

A atribuição do título profissional de EESMOG, pela OE, depende obtenção dos requisitos mínimos preconizados nas directivas da União Europeia. O EC Estágio com Relatório possibilitou a aquisição de algumas destas exigências. No entanto, o meu percurso durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia permitiu atingir os requisitos mínimos para o exercício profissional do EESMOG. Deste modo:

- Realizei consultas de grávidas, que incluíram 112 exames pré-natais;
- Vigiei e prestei cuidados a 183 parturientes;
- Acompanhei 51 partos;
- Não tive oportunidade de participar em partos de apresentação pélvica, embora em contexto profissional já tenha assistido a vários;
- Realizei 21 episiotomias, episiorrafias e reparei 19 lacerações;
- Vigiei e prestei cuidados a 135 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- Vigiei e prestei cuidados 101 RN e a 131 puérperas;
- Observei e participei na prestação de cuidados a RNs que necessitem de cuidados especiais;
- Prestei cuidados a mulheres que apresentavam patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

III - CONCLUSÃO

Este relatório permitiu descrever, analisar e reflectir sobre as actividades realizadas no decurso do Estágio com Relatório, constituindo um complemento importante para o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia o que facilitou a compreensão da complexidade e abrangência do papel do EESMOG.

Na primeira parte, relativa ao PI, foi abordado o desenvolvimento da competência cultural do EESMOG ao cuidar da parturiente imigrante. O aumento da imigração constitui um desafio para a prestação de cuidados de excelência orientados para as necessidades específicas da população.

O PI pretendeu iniciar o desenvolvimento da competência cultural dos EESMOGs do BP do HFF. A este propósito, elaborou-se a brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”, que foi o primeiro passo em direcção à melhoria da comunicação entre EESMOG e parturiente imigrante. Por outro lado, iniciou-se a pesquisa sobre a vivência do parto nas cinco nacionalidades mais frequentes na população abrangida pelo HFF. Deste modo, algumas das minhas preocupações iniciais foram parcialmente respondidas, nomeadamente no que se refere à problemática da obtenção do consentimento informado e ao desenvolvimento da relação de ajuda com estas parturientes. Também tentei explorar soluções no que respeita à melhor forma de individualizar os cuidados a esta população com necessidades específicas.

Apesar de algumas actividades não terem sido realizadas em tempo útil, este projecto não irá morrer e pretendo continuar a desenvolvê-lo, de modo a permitir que cada mulher vivencie a maternidade de acordo com as suas crenças e valores.

A segunda parte do relatório consistiu na descrição do desenvolvimento de competências essenciais do EESMOG. Relativamente ao EC Estágio com Relatório, inicialmente existiu a necessidade de me integrar no BP do HFF, o que foi determinante para uma eficaz aprendizagem e prestação de cuidados. Tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a parturientes, puérperas, RNs e seus familiares.

O meu percurso no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia permitiu-me ultrapassar os requisitos mínimos para o exercício profissional do EESMOG, preconizados nas directivas da União Europeia.

Considero importante salientar que a ética está sempre presente em todos os cuidados prestados pelo enfermeiro, com o objectivo principal de respeitar o ser humano como ser

bio-psico-socio-cultural. Assim, neste percurso, guiei a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher, RN e família de acordo com os seguintes princípios éticos: autonomia, dignidade humana, justiça, beneficência, não maleficência, veracidade e confidencialidade.

As principais limitações que senti durante este percurso foram a convoção do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, o cumprimento das directivas da União Europeia, a gestão de tempo, a dispersão de evidência científica respeitante à multiculturalidade e a limitação de páginas para apresentação do presente relatório.

Como aspectos facilitadores gostaria de salientar a disponibilidade e excelente orientação prestada pelos orientadores de todos os EC, bem como o óptimo acolhimento pelas diversas equipas multidisciplinares dos locais de EC, a possibilidade de trabalhar com metodologia de projecto e a temática da multiculturalidade.

Para finalizar, considero que este relatório cumpriu os objectivos inicialmente propostos, bem como ultrapassei obstáculos e ainda aproveitei todos os momentos de aprendizagem. O percurso de aprendizagem ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia provou ser um desafio exigente mas extremamente compensador. Acredito que esta etapa formativa se irá reflectir no meu exercício profissional como EESMOG.

No futuro, pretendo continuar a evoluir na minha área de especialização. Assim, a nível do projecto individual, tenciono executar as actividades referidas nas sugestões. Do mesmo modo, na área da enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia planeio procurar, de forma activa, o meu desenvolvimento intelectual e profissional. Desta forma, poderei incorporar o conhecimento adquirido na prática profissional e prestar cuidados especializados de elevada qualidade.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENNER, P. (2001) - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- BEZERRA, M.; Cardoso, M. (2006) - Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 4, Nº 3 (Maio/Junho 2006). P. 414-421.
- BLACK, P. (2008) – A guide to providing culturally appropriate care. **Gastrointestinal Nursing**. ISSN 1479-5248. Vol. 6, Nº 6 (Julho). P. 10 – 17.
- CAMPINHA-BACOTE, J. (2002) - The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. **Journal of Transcultural Nursing**. California. ISSN 1043-6596. Vol. 13, Nº 3 (Julho 2002). P. 181-184.
- COLLIÈRE, M.-F. (2003) - **Cuidar a primeira arte da vida**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- COOPER, M. [et al] (2007) - Enhancing Cultural Competence - A Model for Nurses. **Nursing for Women's Health**. Oxford. ISSN 1751-4851. Vol. 11, Nº 2 (April|May 2007). P. 148-159.
- COSTA, C. (2010) - **Localização Óptima Do Futuro Hospital De Sintra - Aplicação de Modelos de Location-Allocation no Planeamento de Cuidados de Saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. Tese de Mestrado. Acedido a 10/06/2011. Disponível em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5471/1/TSIG0074.pdf>.
- DECRETO-LEI N.º 161/96. **Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**. Diário da República - I SÉRIE-A. 205 (04-09-1996). P. 2959-2962.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, Departamento da Qualidade na Saúde/ Divisão da Mobilidade de Doentes (2010) – **Serviço de tradução telefónica de apoio a cidadãos estrangeiros**. Circular Informativa Nº:15/DQS/DMD.
- EMIGRAR / IMIGRAR [RELAÇÕES LEXICAIS / DEFINIÇÃO]. FLIP: Ferramentas para a Língua Portuguesa. Acedido a 06/07/2011, disponível em <http://www.flip.pt/Duvidas-Linguisticas/Duvida-Linguistica.aspx?DID=2455>.
- ESTEREÓTIPO. In **Infopédia** [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2011. [Consult. 2011-07-06]. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$estereotipo](http://www.infopedia.pt/$estereotipo)>.
- FERNANDES, M. (1999) - Metodologia de projecto. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 47, Nº 5 (Setembro/Outubro 1999). P. 233-236.

- GONÇALVES, A. [et al] (2003) — Acesso aos cuidados de saúde de comunidades migrantes: problemas e perspectivas de intervenção. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 21, Nº 1 (Janeiro/Junho). P. 55-64.
- GRAÇA, L. M. (2005) - **Medicina Materno-Fetal: fundamentos e práticas clínicas**. 3ª Edição. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-325-7.
- HANSON, S. (2005) - **Enfermagem de cuidados de saúde à família: teoria, prática e investigação**. 2ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-83-5.
- HELMAN, C. (2009) - **Cultura, saúde e doença**. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1795-3.
- HOSPITAL PROF. FERNANDO DA FONSECA, EPE (2009) - **Relatório e Contas**. Acedido a 10/06/2011. Disponível em http://www.hff.min-saude.pt/media/content/Rel_Cont_2009_V_FINAL.pdf.
- HOSPITAL PROF. FERNANDO DA FONSECA, EPE (2010) – Documento não publicado [email] - **Nacionalidades das puérperas em 2010**. 08-06-2011. Hospital Prof. Fernando Da Fonseca, EPE. Amadora. Portugal.
- HOSPITAL PROF. FERNANDO DA FONSECA, EPE (2011) – Documento não publicado – **Estatística do Bloco de Partos 2010**. 02-02-2011. Hospital Prof. Fernando Da Fonseca, EPE. Amadora. Portugal.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) - **Essential Competencies For Basic Midwifery Practice**. Acedido a 11/05/2010. Disponível em http://www.Internationalmidwives.Org/Portals/5/Documentation/Essential%20compenglish_2002-Jf_2007%20final.Pdf.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2005) - **Position Statement - Heritage and Culture in Childbearing**. Acedido a 08/07/2011. Disponível em <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2010/Position%20Statements%202010/15.%20Heritage%20and%20culture%20in%20childbearing.pdf>.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR MIGRATION (2010) - **World Migration Report 2010 - The Future of Migration: Building Capacities for Change**. Geneva: International Organization for Migration. Acedido a 18/06/2011. Disponível em http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf.
- JACOBS, E. [et al] (2006) - The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. **The Milbank Quarterly**. New York. ISSN 1468-0009. Vol. 84, Nº 1 (2006). P. 111-133. Acedido a 18/06/2011. Disponível em http://www.hablamosjuntos.org/resources/pdf/themilbankquarterlyvol84_1.pdf.

- KITZINGER, S. (1995) - **A experiência do parto**. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-8245-25-4.
- LAZURE, G.; Vallée, M.-N. (2003) – Le développement de la compétence culturelle des infirmières, un défi pour la formation. **Perspective soignante**. Paris. ISSN 1287-1168. N° 18 (Dezembro 2003). P. 35-49.
- LE BOTERF, G. (2006) - Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. **Pessoal**. (Junho 2006). P. 60 – 63. Acedido a 22/04/2012. Disponível em <http://www.guyleboterfconseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>.
- LEAL, I. (2005) - **Psicologia da Gravidez e da Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século. ISBN 972-754-235-2.
- LEININGER, M. (1998) - Enfermagem transcultural: imperativo da enfermagem mundial. **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871-0775. N° 10, 2ª Série (Abril/Junho 1998). P. 32-36.
- LEININGER, M. (2001) - **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. Boston: Jones And Bartlett Pubs. ISBN 0-7637-1825-4.
- LEININGER, M., McFarland, M. (2002) - **Transcultural nursing: concepts, theories, research, and practice**. 3ª Edição. New York: McGraw-Hill. ISBN 0-07-135397-6.
- LEININGER, M., McFarland, M. (2006) – **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2ª Edição. Massachusetts: Jones and Bartlett Pubs. ISBN 0-7637-3437-3.
- LEWIS, M. (2009) – **Ethnologue - Languages of the World**. 16ª Edição. Dallas: SIL International. ISBN 978-1-55671-216-6. Acedido a 18/06/2011. Disponível em <http://www.ethnologue.com>.
- LIM, T. (2010) - **Interactive Communication Device to overcome Language Barrier**. [s.l.]: Umea Institute of Design. Tese de mestrado. Acedido a 02/05/2011. Disponível em <http://www.interactiondesign.se/terry/images/Degree%20thesis%20Final%28Tae-yeol,%20Lim%29.pdf>.
- LOFF, A. (1999) – **Guia Prático para a elaboração de Currículos e Relatórios Críticos de Actividades**. 1ª Edição. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-08-5.
- LOPES, J. [et al] (2009) - **Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN978-972-8930-45-5. P. 47-64.
- LOWDERMILK, D.; Perry, S. (2008) - **Enfermagem na maternidade**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8071-16-1.

- LUCE [et al] (2011) - Culturally Specific Maternity Care in Wisconsin. **Wisconsin Medical Society**. Madison. ISSN 1098-1861. Vol. 110, Nº 1 (Fevereiro 2011). P. 32-37.
- LUDWIG BOLTZMANN INSTITUTE FOR THE SOCIOLOGY OF HEALTH AND MEDICINE, Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care, Institute for Sociology, University of Vienna (2004) - **Declaração de Amesterdão** Acedido a 01/09/2011. Disponível em http://www.mfh-eu.net/public/files/european_recommendations/mfh_amsterdam_declaration_portuguese.pdf.
- MACHADO, M. [et al] (2006) - **Iguais ou diferentes: cuidados de saúde materno infantil a uma população de imigrantes**. Coimbra: EIGAL. ISBN 978-989-95520-0-5.
- MEDDINGS, F.; Haith-Cooper, M. (2008) - Culture and Communication in Ethically Appropriate Care. **Nursing Ethics**. Londres. ISSN 1477-0989. Vol. 15, Nº 3. P.52-61.
- MOITA, M^a A. (2006) – **O cuidado cultural**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil. Dissertação apresentada no âmbito do concurso de provas públicas para o preenchimento de uma vaga na categoria de Professor Coordenador da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico.
- MONTEIRO, I. (2007) - **Ser mãe hindu: práticas e rituais relativos à maternidade e aos cuidados à criança na cultura hindu em contexto de imigração**. Lisboa: Alto-Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural. Tese de Mestrado. ISBN 978-989-8000-37-8.
- NOBLE, A. [et al] (2009) - Cultural Competence and Ethnic Attitudes of Midwives Concerning Jewish Couples. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**. Oxford. ISSN 1552-6909. Vol. 38, Nº5 (Setembro/Outubro). P. 544-555.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2010) - **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica**. Acedido a 24/01/2011. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2004) - **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem (2005) - **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- PARREIRA, M^a V. (2007) - Maternidade: da natureza à cultura; parto e sua complexidade sociocultural. **Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras**. Lisboa. ISSN 1646-3625. N^o 8. P. 19-23.
- PORTUGAL - **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. Acedido a 12/02/2010. Disponível em <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAA>.
- PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística, IP (2010) – **Anuário Estatístico de Portugal 2009**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. ISBN 978-989-25-0047-8.
- PRECONCEITO. **Infopédia** [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2011. [Consult. 2011-07-06]. Disponível na www: <URL: [http://www.infopedia.pt/\\$preconceito](http://www.infopedia.pt/$preconceito)>.
- PURNELL, L.; Paulanka, B. (2010) - **Cuidados de saúde transculturais: uma abordagem culturalmente competente**. 3^a Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-28-4.
- RAMOS, N. (2008) - **Saúde, migração e interculturalidade**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB. ISBN 978-85-7745-205-0.
- REITMANOVA, S.; Gustafson, D. (2008) - “They Can’t Understand It”: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland. **Maternal & Child Health Journal**. Dordrecht. ISSN 1092-7875. Vol. 12, N^o 1 (Janeiro). P. 101-111.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N^o 74/2010. **II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013)**. Diário da República - I SÉRIE 182 (17-09-2010). P. 4097-4116.
- REYNOLDS, F.; Manfusa, S (2005) - Views on cultural barriers to caring for South Asian women. **British Journal of Midwifery**. London. ISSN 0969-4900. Vol. 13, N^o 4 (Abril). P. 236-242.
- RILEY, J. (2004) - **Comunicação em enfermagem**. 4^a Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8383-81-9.
- ROSA, M.J.; Chitas, P. (2010) - **Portugal: Os Números**. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-84-2404-4.
- SANTIAGO, M. (2009) - **Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório**. Lisboa: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.
- SEELEMAN, C.; Suurmond, J.; Stronks, K. (2009) - Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. **Medical Education**. Oxford. ISSN 0308-0110. Vol. 43, N^o3 (March 2009). P. 229-237.

- SOUSA, J. (2006) - **Os Imigrantes Ucranianos em Portugal e os Cuidados de Saúde**. Lisboa: Alto-Comissariado Para a Imigração e Minorias Étnicas. ISBN 989-8000-19-8.
- STANHOPE, M.; Lancaster, J. (2011) - **Enfermagem de saúde pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população**. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-29-1.
- TRUMMER, U. [et al] (2003) - **Subproject B: Migrant-friendly information and training in mother and child care Fact Sheet**. Austria: Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine. Acedido a 01/09/2011. Disponível em http://www.mfh-eu.net/public/files/experiences_results_tools/spb_motherchild/01_SPB_fact_sheet_final.pdf.
- WATSON, J. (2002) – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- WATZLAWICK, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1993) - **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix.
- WIKBERG, A.; Bondas, T. (2010) - A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography. **International Journal of Qualitative Studies On Health And Well-Being**. Stockholm. ISSN 1748-2623. Vol. 5 (Fevereiro). P. 1-15.

V. APÊNDICES

**Apêndice 1 – Principais resultados e sugestões dos estudos
incluídos na revisão de literatura**

Principais resultados e sugestões dos estudos incluídos na revisão de literatura

#	Título / Autores/ País / Ano	Resultados do estudo	Sugestões do estudo
1	Cultural Competence and Ethnic Attitudes of Midwives Concerning Jewish Couples Noble [et al] Israel 2009	As atitudes étnicas das enfermeiras obstetras variavam em função da etnia das grávidas (judeus seculares, tradicionais, religiosos e ultra-ortodoxos), verificando-se atitudes mais positivas e menor preconceito quando a paciente tinha uma opção religiosa semelhante ou congruente.	Os resultados deste estudo indicam a necessidade de adequar o conteúdo teórico das práticas educacionais com as experiências clínicas para melhorar a competência das parteiras, ajudando a ultrapassar os preconceitos étnicos em relação às mulheres e suas famílias com diferentes origens culturais.
2	“They Can’t Understand It”: Maternity Health and Care Needs of Immigrant Muslim Women in St. John’s, Newfoundland Reitmanova e Gustafson Canadá 2007	As participantes referiram a existência de discriminação, insensibilidade e falta de conhecimento sobre as suas práticas religiosas e culturais. As informações fornecidas foram limitadas e não consideraram as suas necessidades culturais e religiosas durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério. Existência de lacunas significativas entre os serviços de saúde materna e as necessidades das mulheres a nível de apoio emocional e informação adequada a nível linguístico e cultural.	As práticas e informações a nível dos cuidados de saúde materna estavam desenhadas para atender às necessidades das mulheres canadianas e não tinham flexibilidade para atender às necessidades das mulheres muçulmanas imigrantes. As recomendações para a mudança incluem melhorar o acesso aos cuidados de saúde e informações relacionados com a saúde, a nível cultural e linguístico, e desenvolver a capacidade de resposta culturalmente diversa dos prestadores de cuidados de saúde e organizações onde trabalham, e estabelecer redes de suporte social e parcerias com comunidades de imigrantes.
3	Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto Bezerra e Cardoso Brasil 2006	Foram identificadas 3 categorias. - Medo , subdividida em informações dos parentes e amigos, e instituição. Na primeira, as participantes relataram que em conversas com colegas, vizinhas e parentes, o parto era tido como algo doloroso e assustador. Na segunda referiram pouca privacidade e a excessiva importância dada aos aparelhos (CTG, ecógrafo) como factores que intensificaram o seu medo. - Influência das crenças e religiosidade , não obstante a existência de vigilância pré-natal e as informações dos profissionais, as participantes valorizavam o saber popular com base nos valores religiosos e filosóficos em que acreditavam. - Gestação anterior, grande importância do conhecimento adquirido e tendência para relacionar o actual com os anteriores valorizando a vivência desse processo, e referindo que a experiência determinou o seu comportamento no trabalho de parto actual.	As autoras propõem a assistência baseada nos valores culturais, respeitando as práticas de saúde das mulheres e seus familiares, a fim de serem atendidas as suas verdadeiras necessidades de modo a prestar um cuidado cultural não só à mãe e ao filho, como também à família, partilhando os medos, as angústias e as realizações, lembrando sempre que a enfermeira tem um grande papel a cumprir, intervindo directamente junto da parturiente no pré-parto e sala de parto e na assistência ao parto normal. Sugere-se que novas políticas sejam implantadas, tanto na assistência à mulher no planeamento familiar, no pré-natal, como nas maternidades, para que se possa atender as necessidades biopsicossociais com o atendimento centralizado no ser humano nas suas crenças e valores.

4	<p>Views on cultural barriers to caring for South Asian women Reynolds e Manfusa Londres 2005</p>	<p>Em média as EESMOs trabalhavam há 7,9 anos. O número de situações de prestação de cuidados a mulheres de origem asiático foi de 46%. Os participantes estão maioritariamente insatisfeitos com a sua formação em questões culturais. Referem dificuldades de comunicação na prestação de cuidados pré-natais a mulheres de origem asiática, bem como o uso de algumas práticas com um grande potencial de inibição da participação das mulheres nos cuidados pré-natais. Os EESMOs com maior contacto com mulheres de origem asiática relataram menos dificuldades de comunicação na prestação de cuidados pré-natais. Os EESMOs com maior o tempo de trabalho na área tendem a possuir mais confiança na sua comunicação na prestação de cuidados pré-natais.</p>	<p>As autoras propõem a aplicação da investigação a uma amostra maior e mais representativa de EESMOs, de modo a obter uma maior representatividade de atitudes e experiências. Sugere-se a realização de pesquisa sobre a compreensão dos EESMOs relativamente a barreiras culturais na prestação de cuidados pré-natais. Aconselha-se maior contacto com a comunidade asiática de modo a compreender as necessidades das mulheres.</p>
5	<p>Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação maternidade em contexto migratório Santiago Santarém 2007/2009</p>	<p>Através das entrevistas identificaram-se dois temas orientadores: A Gravidez e a Maternidade e A Maternidade em Contexto Migratório. Os profissionais de saúde reconhecem como necessidade premente a identificação do comportamento cultural materno, de modo a compreender as possíveis influências no desempenho da maternidade e de adequarem as suas intervenções junto das mulheres imigrantes. As principais preocupações da mulher imigrante durante a gravidez dependem, em muito, da influência do contexto migratório no desenvolvimento de todo o processo de gravidez. As preocupações da mulher imigrante, no que diz respeito a ela própria, ao seu bem-estar e à sua auto-imagem, perante as mudanças físicas que ocorrem ao longo da gravidez, apesar de sofrerem alguma influência cultural, é considerado um assunto muito pessoal. Os desconfortos durante a gravidez não são demonstrados da mesma maneira pelas mulheres imigrantes de diferentes nacionalidades. A afluência da mulher imigrante à vigilância pré-natal e no pós-parto é muitas vezes inadequada e mais frequente nas mulheres que não têm médico de família, e também é influenciada por questões de legalização/irregularidades a que estão sujeitas no país de acolhimento. A barreira linguística parece ser a maior dificuldade da comunicação intercultural. A continuidade dos cuidados à mulher imigrante promove a empatia e a familiaridade entre esta e o profissional de saúde, facilitando a comunicação intercultural e a resposta adequada às necessidades de saúde da mulher imigrante. O profissional não consegue estabelecer uma comunicação intercultural eficaz, que lhe permita identificar e integrar as crenças e as práticas cuidativas</p>	<p>A autora salienta a importância de actuar no sentido de capacitar os profissionais de saúde para a realização de cuidados interculturais de qualidade e promotores da saúde da mulher imigrante, através de: introdução de modelos conceptuais que valorizem a vertente cultural, de modo a facilitar a interpretação dos diferentes significados culturais que influenciam individualmente o profissional de saúde e a mulher imigrante, visando um cuidar cultural adequado e congruente; contribuir para a sensibilização e para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros nesta área da saúde da mulher, em particular, da migrante, no âmbito da formação base da Enfermagem; e contribuir para a sensibilização das instituições de saúde, sobre a importância da formação dos profissionais de saúde face à multiculturalidade dos clientes. Sugere-se a realização de estudo de carácter exploratório na perspectiva da mulher imigrante.</p>

	<p>utilizadas pela mulher imigrante no país de origem.</p> <p>O desconhecimento das crenças e comportamentos, por parte do profissional traduzem uma não adesão da mulher imigrante às orientações sugeridas no país de acolhimento, originado um sentimento de impotência, no profissional de saúde.</p> <p>Existe uma consciencialização e sensibilização dos profissionais de saúde perante as novas exigências multiculturais, na assistência de saúde da mulher em contexto migratório, durante os períodos de gravidez e primeiros tempos da maternidade.</p> <p>A insegurança, ambivalência, a falta de informação e de habilitações culturais conduzem a uma imposição cultural do profissional de saúde, reconhecida como insuficiente para a satisfação das necessidades de saúde e promoção da saúde da própria mulher imigrante.</p>	
6	<p>As autoras definiram 7 metáforas.</p> <p>Cuidado vs Não cuidar – Cuidado profissional é descrito como a bondade, sentir-se cuidada, sem preocupações, conhecimento profissional; o toque significa protecção, estar atento a, presente, respeito pela cultura, religião e família, algo mais do que a rotina e continuidade. Não cuidar é sentido quando os profissionais não falam com a utente, não a ouvem, não a compreendem ou não a informam, quando a utente é deixada sozinha, quando o cuidado é sentido como duro e ofensivo e quando a parteira grita, recusa o toque ou discute.</p> <p>Linguagem e problemas de comunicação Vs informação e escolha – As dificuldades podem ocorrer devido ao desconhecimento da língua, uso de intérprete, estilos de comunicação ou falta de vontade para falar sobre os problemas. Os problemas de comunicação e linguagem podem provocar mal entendidos ou conflitos. Muitas vezes as mulheres não são informadas e consequentemente não podem escolher, situação que provoca medo e frustração.</p> <p>Acesso a cuidados médicos e tecnológicos Vs incompetência – As mulheres consideram que a higiene, equipamento material e conhecimentos tecnológicos são superiores aos dos seus países de origem. No entanto, também sofrem com a incompetência dos profissionais, por exemplo, no caso de mutilação genital feminina e os seus cuidados, assuntos religiosos e políticas de tratamento.</p> <p>Aculturação: preservar a cultura original Vs adaptação a uma nova cultura – As utentes e as suas famílias querem preservar a sua cultura e adaptar partes da cultura do país de acolhimento. As mudanças nos hospitais e nos profissionais são recebidas positivamente pela utente, mas no entanto por vezes, as mulheres são obrigadas a fazer algo que não querem.</p> <p>A patient perspective in research on intercultural caring in maternity care: A meta-ethnography Wikberg e Bondas 2010</p>	<p>As autoras sugerem a realização de outras meta-sínteses sobre os grupos étnicos como os somalis, vietnamita, africano americanos e espanhol americanos, bem como sobre as mulheres circuncidadas, saúde, aculturação, depressão pós-parto, dor e sofrimento.</p>

	<p>Relacionamento com profissional de saúde Vs envolvimento da comunidade e da família – A relação entre utente e profissionais de saúde é pré-requisito para cuidar, podendo ser descrita tanto como carinho ou como indiferente. As mulheres querem respeito para a família e amigos que as visitam durante o internamento ou que estão com elas durante as consultas.</p> <p>Cuidado é importante para o bem-estar e saúde Vs conflitos causam atendimento interrompido – Existem múltiplas razões para os conflitos, devido às diversas expressões de carinho, diferentes tradições e formas de cuidado que levam a interrupção no atendimento. Todos têm consequências negativas para a saúde e bem-estar.</p> <p>Mulheres vulneráveis com memórias dolorosas Vs racismo - Muitas das mulheres são descritas como mais vulneráveis e solitárias, sendo por vezes marginalizadas e isoladas. As mulheres sentem medo e ansiedade durante a gravidez e o parto. Muitas possuem lembranças dolorosas de visitas a hospitais, devido a mutilação genital feminina, violação e tortura entre outros. As mulheres mais solitárias e vulneráveis são jovens mulheres que imigraram para casar, que não têm amigos ou parentes próximos e não tem apoio da família do marido no novo país. Estas mulheres necessitam de cuidados, no entanto muitas vezes encontram indignidade causada pelos profissionais de saúde. Muitas utentes referem que os profissionais tinham estereótipos sobre a sua cultura ou sofriam com atitudes de racismo ou discriminação.</p>	
--	--	--

Apêndice 2 – Frases mais pertinentes e frequentemente utilizadas no bloco de partos (versão inicial e versão reformulada)

Frases mais pertinentes e frequentemente utilizadas no Bloco de Partos - versão inicial

Antecedentes pessoais

Idade

Já foi operada?

Tem alguma doença?

Toma alguma medicação?

Tem alergias?

Antecedentes Obstétricos

Quantos filhos têm?

Quantas vezes esteve grávida?

Quantos abortos/Gravidez ectópica teve?

Como foram os partos?

↳ Eutócico

↳ Fórceps

↳ Ventosa

↳ Cesariana

Data da Última menstruação

Janeiro	1	11	21
Fevereiro	2	12	22
Março	3	13	23
Abril	4	14	24
Maiο	5	15	25
Junho	6	16	26
Julho	7	17	27
Agosto	8	18	28
Setembro	9	19	29
Outubro	10	20	30
Novembro			31
Dezembro			

Gravidez Actual

Sou a enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

Tem livro de grávida?

Onde vigiou a sua gravidez?

Tem análises ou ecografias?

Porque vem ao hospital?

- Rompeu a bolsa de águas?
 - ↳ A que horas?
 - ↳ De que cor é o líquido? (transparente, verde, amarelo)
- Perdeu sangue?
 - ↳ A que horas?
 - ↳ Quantidade? (muito, pouco)
- Tem contracções?
 - ↳ Quantas em 10 minutos?

Actividades

Vou observá-la

Soro

Análises

CTG

Tomar banho

Urinar

Evacuar

Comer

Beber

Sentar

Deitar

Andar

Virar de lado

Respire devagar

Tem vontade de fazer força?

Faça força

Não faça força

Analgesia epidural

Frases

Está tudo bem

Vamos ajudá-la

Tem de fazer uma cesariana

**Frases mais pertinentes e frequentemente utilizadas no Bloco de Partos -
versão reformulada ***

Apresentação

Sou a enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia/Sou a “Enfermeira Parteira”

Antecedentes pessoais

Idade

Já foi operada?

Tem alguma doença?

↳ Diabetes (avaliação glicemia capilar)

↳ Hipertensão

Toma alguma medicação?

Tem alergias?

Religião

↳ Católico

↳ Judaica

↳ Muçulmana

↳ Hindu

Dependências

↳ Álcool

↳ Tabaco

↳ Drogas

Antecedentes Obstétricos

Quantos filhos têm?

Quantas vezes esteve grávida?

Quantos abortos/Gravidez ectópica teve?

Como foram os partos?

↳ Eutócico

↳ Forceps

↳ Ventosa

↳ Cesariana

* - após pré-teste e sugestões dos EESMOGs do BP do HFF

Data da Última menstruação

Janeiro	1	11	21
Fevereiro	2	12	22
Março	3	13	23
Abril	4	14	24
Maio	5	15	25
Junho	6	16	26
Julho	7	17	27
Agosto	8	18	28
Setembro	9	19	29
Outubro	10	20	30
Novembro			31
Dezembro			

Gravidez Actual

[Sou a enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia](#)

Tem livro de grávida?

Onde vigiou a sua gravidez?

Tem análises ou ecografias?

Porque vem ao hospital?

- Rompeu a bolsa de águas?
 - ↳ A que horas?
 - ↳ De que cor é o líquido? (transparente, verde, amarelo)
- Perdeu sangue?
 - ↳ A que horas?
 - ↳ Quantidade? (muito, pouco)
- Tem contracções?
 - ↳ Quantas em 10 minutos?
- Sente movimentos fetais?
- Dificuldade em urinar?
 - ↳ Dor?
 - ↳ Urgência urinária?
 - ↳ Urina várias vezes e em pequena quantidade?
 - ↳ Urina com sangue?
 - ↳ Urina com cheiro?
- Perdeu muco vaginal?
 - ↳ Caiu? Acidente? Maus tratos?
- Tem dores?
 - ↳ Onde?

Actividades

~~Vou observá-la~~ Observação genital / ginecológica

Soro

Análises

CTG

Tomar banho

Urinar

Evacuar

Comer

Beber

Sentar

Deitar

Virar de lado

Respire devagar

~~Tem vontade de fazer força?~~

Faça força

~~Não faça força~~

~~Analgesia epidural~~ Epidural

Acompanhante

Bola de partos / pilates

Cócoras

Faça força

Frio / calor

Música

Náuseas/vómitos

Penso higiénico

Frases

Está tudo bem

Vamos ajudá-la

~~Tem de fazer uma cesariana~~

Como?

Onde?

Quando?

Quanto?

Apêndice 3 – Vivência do parto (Guião de Entrevista e Consentimento Informado)

GUIÃO DE ENTREVISTA

CARACTERIZAÇÃO

País de origem: _____ Etnia: _____

Há quanto tempo vive em Portugal? _____

Idade: _____ Índice Obstétrico: _____

Local dos partos: _____

QUESTÕES

Como vêm a gravidez / maternidade?

Que crenças e rituais existem acerca da gravidez, parto e puerpério:

- Alimentação
- Higiene
- Repouso
- Sexualidade
- Proibições
- Cuidados especiais

Como vêm a morte fetal / malformações / insucesso na gravidez?

Outros.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta entrevista faz parte de um estudo da autoria de Joana Isabel Madureira Bruno (Aluna do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), orientada pela Professora Anabela Ferreira dos Santos (Professor da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O objectivo principal deste estudo é compreender a vivência do parto, junto de mulheres imigrantes. A sua participação envolverá a realização de uma entrevista.

Solicitamos sua colaboração após a leitura e compreensão do termo de consentimento abaixo:

- Concordo em responder a uma entrevista que explora questões sobre a vivência do parto, junto de mulheres imigrantes, mas eu sou livre para não responder qualquer pergunta que não deseje responder.
- Entendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.
- Reconheço que tenho o direito de expor, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer dúvida acerca do estudo, da investigação ou métodos utilizados.
- Fui informada que a minha participação neste estudo é voluntária e que em qualquer momento posso revogar a minha autorização, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.
- Tenho conhecimento que a entrevista será gravada e que será desgravada após a sua transcrição e de que apenas os resultados finais serão divulgados neste trabalho. Caso queira, posso pedir a audição da entrevista e recusar a sua utilização neste trabalho.

Pelo presente documento, é de plena e livre vontade que eu, _____, me prontifico a participar neste estudo, através da participação numa entrevista.

Assinatura do Investigador

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

**Apêndice 4 – Sessão de sensibilização aos EESMOGs sobre
competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a
língua portuguesa (plano de sessão e avaliação)**

PLANO DE SESSÃO

DATA		DURAÇÃO	55 Minutos
FORMADOR	Enf. ^a Joana Bruno (Aluna do 5ºCPLEESMO / 1ºCMESMO da ESEL)	LOCAL	Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE
DESTINATÁRIOS	EESMOGs Bloco de Partos do Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE		
OBJECTIVO GERAL	Sensibilizar os EESMOGs sobre competência cultural no cuidar da parturiente que não domina a língua portuguesa		

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS/ ACTIVIDADES	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	---	Contextualizar a sessão Comunicação do tema Comunicação dos objectivos	Expositiva	Inicial – observação livre	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Software de apresentação • Projector multimédia 	5 minutos
DESENVOLVIMENTO	Definir cultura	Definição de Cultura Influência da Cultura na Saúde	Expositiva	---	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Software de apresentação • Projector multimédia 	4 minutos
	Explicitar a influência da cultura na comunicação	Definição de comunicação Influência da Cultura na Comunicação	Expositiva Interrogativa	---		5 minutos
	Indicar duas formas de ultrapassar barreiras linguísticas	Definição de barreiras linguísticas Formas de ultrapassar as barreiras linguísticas	Expositiva Interrogativa	---		3 minutos
	Definir Teoria dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger	Definição de Enfermagem Transcultural Teoria dos Cuidados Culturais de Madeleine Leininger	Expositiva Interrogativa	---		5 minutos

	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDOS/ ACTIVIDADES	METODOLOGIA	AVALIAÇÃO	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO
DESENVOLVIMENTO	Indicar duas formas desenvolver a Competência Cultural	Definição de Competência Cultural Formas de desenvolver a Competência Cultural	Expositiva Interrogativa	---	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Software de apresentação • Projector multimédia 	3 minutos
	Descrever a Competência do EESMOG no cuidar da parturiente imigrante	Competência do EESMOG no cuidar da parturiente imigrante	Expositiva Interrogativa	---		2 minutos
	Indicar duas características relativamente ao parto de cada grupo étnico	Características gerais e culturais sobre saúde, doença, morte, gravidez, parto, puerpério e práticas religiosas e espirituais em Cabo-Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Roménia	Expositiva Interrogativa	---		10 minutos
	Escolher duas frases da brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”	Apresentação da brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”	Expositiva Demonstrativa Interrogativa	Formativa - observação livre		<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Diapositivos • Software de apresentação • Projector multimédia • Brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”
CONCLUSÃO	---	Síntese da sessão	Expositiva	---	---	3 minutos
		Avaliação	Expositiva	Sumativa	• Folha de avaliação da formação	5 minutos
		Encerramento	Expositiva	---	---	2 minuto

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

DATA

HORA

LOCAL Hospital Prof. Fernando da Fonseca, EPE

FORMADOR Enf.^a Joana Bruno (Aluna do 5ºCPLEESMO / 1ºCMESMO da ESEL)

Com vista a avaliar a sessão de formação solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo e confidencial.

Responda a cada item colocando uma cruz na coluna do número que melhor indicar o que pensa. O nº1 corresponde á pontuação mais baixa e o nº5 corresponde á pontuação mais elevada.

		1	2	3	4	5	
FORMAÇÃO							
Clareza dos objectivos	Confusos						Muito claros
Conteúdos da acção	Inadequados						Completamente adequados
Duração da formação	Inadequada						Completamente adequada
Utilidade para a prática profissional	Não aplicável						Totalmente aplicável
Documentação de apoio	Inadequada						Muito adequada
Meios audiovisuais	Inadequados						Completamente adequados
FORMADOR							
Domínio do assunto	Nenhum						Muito
Linguagem utilizada	Inadequada						Completamente adequada
Participação do grupo	Inadequada						Completamente adequada
SATISFAÇÃO GLOBAL	Insatisfeito						Muito satisfeito

Refira aspectos positivos

Refira aspectos negativos

Sugestões

Muito obrigado pela sua colaboração

Apêndice 5 – Brochura “Para uma melhor comunicação com as parturientes - noutras línguas”



Para uma melhor comunicação com as parturientes
noutras línguas





Assinale esta bandeira se lê ou fala português.

Português



Marka ês bandera se bô ta lê ô papia crioulo

Crioulo



Alegeți steagul corespunzător pentru limba dumneavoastră

Romeno



Укажите флаг, соответствующий Вашему языку

Ucrânia



Signalez le drapeau que vous lisez ou parlez (langue)

Francêa



照你的语言指出旗帜

Chinês



Señale la bandera de su idioma

Espanhol



Point out the flag corresponding to your language

Inglês



Sou a enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia



A mi é Infermera Spesialista di Saúdi Materna y Obstetrísia



Sunt asistentă specializată în Obstetrică și Sănătate Maternă



Я медсестра, специализирующаяся в области Материнского Здоровья и Акушерства



Je suis l'infirmière spécialisé dans la Santé Maternelle et Obstétrique



我是一名专业妇科，产科的护士



Soy enfermera especialista en salud materna y obstetricia



I'm a nurse specialized in Maternal Health and Obstetrics



Que idade tem?



Kantu anu bu tem?



Câți ani ai?



Сколько Вам лет?



Quel âge avez vous?



你多大了？



¿Qué edad tiene?



How old are you?



Já foi operada?



Dja bu fazi algum operason?



Ați mai fost operată vreodată?



Есть ли у Вас в анамнезе перенесённые оперативные вмешательства?



Êtes vous déjà fait opérer?



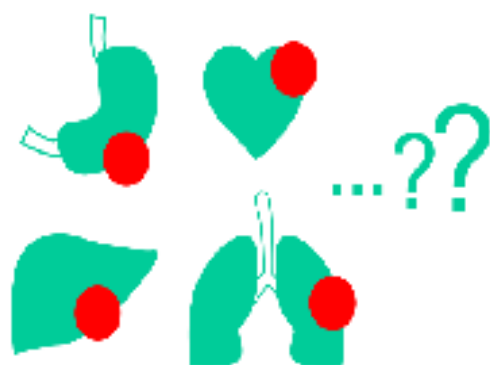
你以前做过手术吗？



¿Ha sido operada?



Have you ever had surgery?



Tem alguma doença?



Diabetes



Hipertensão arterial



Bu tem algum duensa?



Diabeti



Tenson altu



Suferiți de vreo boală?



Diabet



Hipertensiune



Есть ли у Вас какое-либо заболевание?



Диабет



Высокое артериальное давление



Avez vous une maladie?



Diabète



Hypertension



你有任何疾病吗？



糖尿病



高血压



¿Tiene alguna enfermedad?



Diabetes



Hipertensión arterial



Do you have any disease?



Diabetes



High blood pressure



Toma alguma medicação?



Bu ta toma algum ramedî?



Luați vreun medicament?



Вы принимаете какие-либо лекарственные препараты?



Prenez-vous des médicaments?



你接受任何药物治疗吗？



¿Toma algún medicamento?



Do you take any medication?



Tem alergias?



Bu tem alergia?



Suferiți de vreo alergie?



Отягощён ли Ваш аллергоанамнез?



Avez vous des allergies?



你对什么东西过敏吗？











¿Sufre de alergias?



Do you have allergies?



	Tem dependências?	Tabaco?	Álcool?	Drogas?
	A bó bu ta fuma, bebi ô konsumi droga?	Sigaru?	Álcool?	Droga?
	Suferiți de vreo dependență?	Tutun?	Alcool?	Droguri?
	Есть ли у Вас какая-либо зависимость?	Курение?	Алкоголь?	Наркотики?
	Avez vous des dépendances?	Tabac?	Alcool?	Drogues?
	你对什么东西有依赖吗？	烟草？	酒精？	毒品？
	¿Tiene alguna dependencia?	Fuma?	¿Bebe alcohol?	¿Toma drogas?
	Do you have any dependency?	Tabacco?	Alcohol?	Drugs?



Qual a sua religião?

Católica?

Ismalismo?

Hindu?

Judaica?



Kal di kêş li di baxu é bô riligion?

Katólika?

Muçulmanu?

Hindu?

Judaika?



De unde sunteți (regiunea)?

Sunteți catolică?

Sunteți islamistă?

Sunteți hindusă?

Sunteți evreică?



Откуда Вы? (указать регион)

Вы католик?

Вы исламист?

Вы индус?

Вы еврей?



Quelle est votre religion?

Catholique?

Islamisme?

Hindou?

Judaïsme?



你来自哪个（区域）？

你是天主教徒吗？

你是伊斯兰教教徒吗？

你是印度教教徒吗？

你是犹太教教徒吗？



¿Qual es su religión?

¿Católica?

¿Islámica?

¿Hinduista?

¿Judía?



What's your religion?

Are you Catholic?

Are you an Islamist?

Are you Hindu?

Are you Jewish?



-  Quantos filhos tem?
-  Kantu fidju bu tem?
-  Câți copii aveți?
-  Сколько у Вас было детей?
-  Combien d'enfants avez vous?
-  你有多少个孩子？
-  ¿Cuántos hijos tiene?
-  How many children have you had?

-  Quantas vezes esteve grávida?
-  Kantu bez ki dja bu fika grávda?
-  De câte ori ați fost însărcinată?
-  Сколько у Вас было беременностей в анамнезе?
-  Combien de fois avez-vous été enceinte?
-  你怀孕过几次？
-  ¿Cuántas veces ha estado embarazada?
-  How many times have you been pregnant?

-  Quantos abortos teve?
-  Dja bu fazi algum abortu?
-  Câte avorturi ați făcut?
-  Сколько из них закончились абортom?
-  Combien de fois avez vous avorter?
-  你有过几次流产？
-  ¿Cuántos abortos há tenido?
-  How many abortions have you had?



Como foram os partos?

Vaginal?

Forceps?

Ventosa?

Cesariana?



Ki tipu di partu bu tevi?

Pa Vagina?

Ku Feru?

Ku Ventoza?

Êjs fazeu Czariana?



Cum au avut loc naşterile?

Pe cale vaginală?

Naştere asistată cu forcepsul?

Naştere asistată cu extractorul cu vacuum

Naştere prin cezariană?



Как проходили роды?

Естественным путем?

С использованием акушерских щипцов?

С использованием вакуум-экстрактора?

Кесарево сечение?



Comment étaient les accouchements?

Vaginal?

Forceps?

Ventouse?

¿Por cesárea?



你分娩的情况怎么样？

阴道呢？

产钳助产？

真空助力分娩？

剖腹产？



¿Cómo fueron los partos?

¿Parto vaginal?

¿Con forceps?

¿Parto asistido con ventosa?

¿Por cesárea?



How were the childbirths?

Vaginal?

Forceps-assisted birth?

Vacuum-assisted birth?

Cesarean section birth?



1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30
		31

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12



Data da última menstruação

Dia

Mês



Ki dia bo tive ultima menstruaçon?

Dia

Mês



Data ultimei menstruatii

Zi

Lună



останньої менструації

день

Місяць



Date de la dernière menstruation?

Jour

Mois



末次月经

天

月



¿Dia de la última regla?

Día

Mes



Date of your last period?

Day

Month



Tem livro de grávida?



Bu tem livru di grávidez?



Aveți carnetul gravidei?



Есть ли у Вас журнал учета беременности?



Avez vous le livre grossesse?



你有怀孕纪念册吗？



¿Tiene libro de embarazada?



Do you have your pregnancy book?



Onde vigiou a sua gravidez?



Na undi ki bu é kumpanhadu na gravidez?



Unde v-a fost urmarită sarcina?



Где Вы наблюдались во время беременности?



Où était suivie votre grossesse?



你是在哪里怀孕的呢？



¿Dónde ha controlado su embarazo?



Where was your pregnancy followed?



Tem análises ou ecografias?



Bu fazi análizi ô ekografia? Bu teni kes rezultadu?



Aveți testele și ecografiile la dumneavoastră?



Есть ли у Вас при себе тесты и результаты ультразвуковой эхографии?



Avez vous des examens ou des échographies?



你做过任何临床试验，超声波之类的吗？



¿Tiene análisis o ecografías?



Do you have analysis and ecographies with you?



Porque vem ao hospital?



Pamodi ki bu bem pa spital?



De ce ați venit la spital?



Почему Вы обратились за помощью в Больницу?



Pourquoi êtes vous venu à l'hôpital?



你为什么到医院来？





¿Por qué acude al hospital?





Why did you come to the Hospital?





 Rompeu a bolsa de águas?


 Bu aga rabenta?


 Vi s-a rupt apa?


 У вас отошли воды?

 Votre poche d'eau est rompue?


 你的羊水破过吗？


 ¿Rompió la bolsa de aguas?


 Have your waters broken?


 A que horas?


 Ki hora?


 La ce oră?


 В какое время?


 À quelle heure?


 什么时候？


 ¿A qué hora?


 At what time?


 De que cor é o líquido?


 Di ki kor era kel aga?

 Ce culoare avea lichidul?

 Какого цвета была жидкость?


 Quelle est la couleur du liquide?


 液体是什么颜色？


 ¿De qué color era el líquido?


 Which colour has the liquid?





 Perdeu sangue?


 Bu perdi sangi?


 Ați pierdut sânge?


 У Вас была кровопотеря?

 Avez vous perdu du sang?


 你失血了吗？


 ¿Perdió sangre?


 Have you lost blood?


 A que horas?


 Ki hora?


 La ce oră?


 В какое время?


 À quelle heure?


 什么时候？


 ¿A qué hora?

 At what time?

 Quantidade?


 Bu ta lembra kantu?

 Ce cantitate?

 В каком объеме?

 Combien?

 数量？

 ¿Qué cantidad?

 Quantity?



Tem contracções?



Bu teni dor?



Aveți contracții?



У Вас были схватки?



Avez vous des contractions?



子宫有收缩吗？



¿Tiene contracciones?



Do you have contractions?



Quantas em 10 minutos?



Kantu dor bu ta xinti na 10 minutu?



Câte în decurs de 10 minute?



Сколько за десять минут?



Combien dans 10 minutes?



10分钟内几次收缩？



¿Cuántas en 10 minutos?



How many in 10 minutes?



Sente movimentos fetais?



Bu mininu sata mexi?



Simțiți copilul cum mișcă?



Вы чувствуете, как шевелится ребенок?



Sentez vous le bébé bouger?



你感觉到胎儿在动吗？



¿Siente que el bebé se mueve?



Do you feel the baby moving?



Perdeu muco vaginal?



Ta saiu muku pa vagina?



Ați eliminat mucus vaginal?



Теряли ли Вы влагалищный секрет (слизь)?



Avez vous perdu le bouchon muqueux?



你有排泄出阴道粘液吗？



¿Perdió mucosidad vaginal?



Have you lost vaginal mucus?



-  Dificuldade em urinar?
-  Bu ta xixi ku difikuldadi?
-  Aveți dificultăți la urinat?
-  Испытываете ли Вы проблемы с мочеиспусканием?
-  Difficultés pour uriner?
-  你小便费力吗？
-  ¿Dificultad para orinar?
-  Do you have difficulties in urinating?

-  Dor?
-  Bu tem dor ora ki bu ta xixi?
-  Durere?
-  Боль?
-  Douleur?
-  感觉到痛吗？
-  ¿Dolor?
-  Pain?

-  Urgência urinária?
-  Bu tem problema di bixiga?
Bo tem xixi froxo?
-  Aveți urgențe urinare?
-  Испытываете ли Вы частые позывы к мочеиспусканию?
-  Urgence urinaire?
-  你有紧迫性小便吗？
-  ¿Urgencia por orinar?
-  Do you have urgency in urinating?



Urina várias vezes e em pequena quantidade?



Bu ta xixi tceu y poku di kada bez?



Urinați de mai multe ori în cantități mici?



Мочитесь ли Вы несколько раз в небольших количествах?



Urinez vous plusieurs fois et en petite quantité?



你是否出现过尿频量小的情况



¿Orina varias veces y en poca cantidad?



Do you urinate several times in small quantities?



Urina com sangue?



Bu ta xixi ku sangi?



Ați observat sânge în urină?



Присутствует ли кровь в моче?



Avez-vous du sang dans l'urine?



你尿液里有血吗？



¿Orina con sangre?



Is there blood in your urine?



Urina com cheiro?



Bu xixi ta txera fedî?



Are un miros diferit?



Имеет ли моча неприятный запах?



L'urine dégage une odeur?



有异味吗？



¿La orina tiene olor?



Does it have a different smell?



Caiu? Acidente? Sofre maus tratos?



Dja bu kai? Bu sufri asidenti? Bu foi maltratadu?



Ați căzut? Ați avut un accident? Ați fost abuzată?



Вы падали?



Avez-vous tombé? Eu un accident? Mauvais traitements?



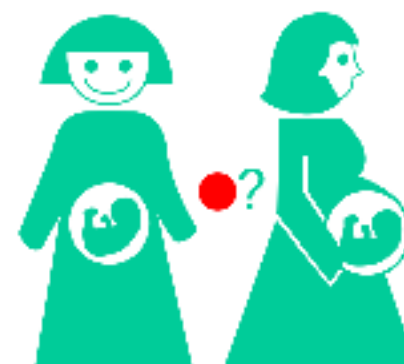
你摔过吗？有过意外吗？被虐待过吗？



¿Se cayó? ¿Sufrió algún accidente? ¿Malos tratos?



Did you fall? Had an accident? Were abused?



Tem dores? Onde



Bu teni dor? Na undi?



Aveți dureri? Unde?



Испытываете ли Вы боль? Если да, то где?



Avez-vous des douleurs? Où?



你哪里痛吗？



¿Tiene dolores? ¿Dónde?



Do you have any pains? Where?





 Análises

 Análizi

 Analize

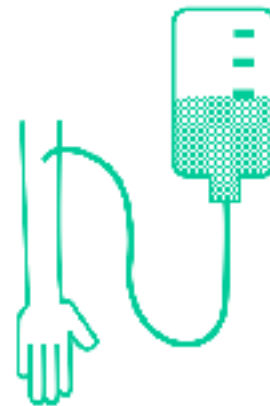
 Тесты

 Examens

 体检

 Análisis


 Exams




 Soro

 Soru

 Ser

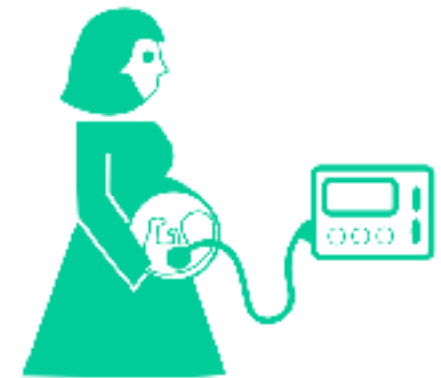
 Сыворотка


 Solution

 血清


 Suero


 Serum





 CTG - Cardiotocografia


 CTG


 Cardiotocografie

 Электрокардиография плода

 Cardiotocographie

 胎心宫缩图


 Cardiotocografia

 Cardiotocography



 Comer

 Kumé

 De mâncat

 Есть

 Manger

 吃

 Comer

 To eat




 Beber

 Bebi

 De băut

 Пить


 Boire


 喝


 Beber


 To drink





 Náuseas? Vômitos?


 Vontadi di vumita? Vômitu?


 Greăță? Stări de vomă?

 Тошнота? Рвота?

 Nausées? Vomissement?

 恶心? 呕吐?

 ¿Náuseas? ¿Vómitos?

 Nauseas? Vomits?



Urinar



Fazi xixi



Urinați



Мочиться



Uriner



排尿



Orinar



Urinate



Evacuar



Fazi pupu



Aveți scaun



Испражняться



Évacuer



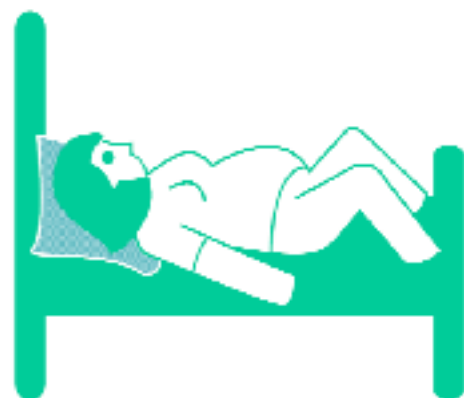
排便



Evacuar



Defecate



Deitar



Dêta



Întindeți-vă



Лежать



Allonger



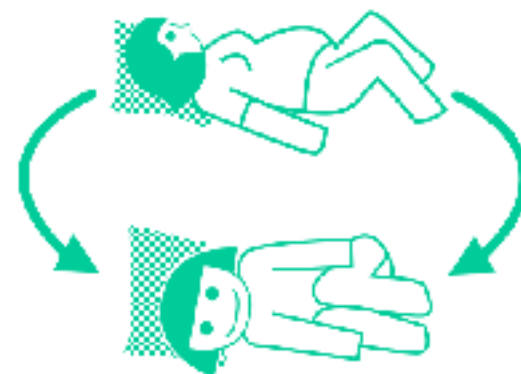
躺下



Recostarse



Lay down



Virar de lado



Vira di ladu



Întoarceți-vă pe o parte



Поворачиваться на бок



Détourner



側翻一下



Colocarse de lado



Turn on your side



Sentar



Xinta



Stați jos



Сидеть



Asseoir



Chinês



Sentarse



Sit



Cócoras



Fika di gata



Ghemuiți-vă



Приседание



Accroupis



Chinês



Den cuclillas



Squatting



Bola de partos / pilates



Bola di partu / pilatu



Minge pentru gimnastică /
Pilates



Гимнастический мяч/Пилатес



Boule d'accouchements /
Pilates



Chinês



Pelotas para gimnasia / Pilates



Gymnastics ball / Pilates



Observação genital / ginecológica



Ixami di vagina / ginekulógika



Control genital / control ginecologic



Обследование половых органов/гинекологическое обследование



Observation des organes génitaux / gynécologie



生殖器观察/妇科观察



Observación genital / ginecológica



Genital observation / gynaecological observation



Penso higiénico



Pensu higéniku



Tampon igienic



Санитарная салфетка



Serviette hygiénique



卫生棉





Compresas





Sanitary napkin




 Tomar Banho

 Toma banhu


 Faceți o baie

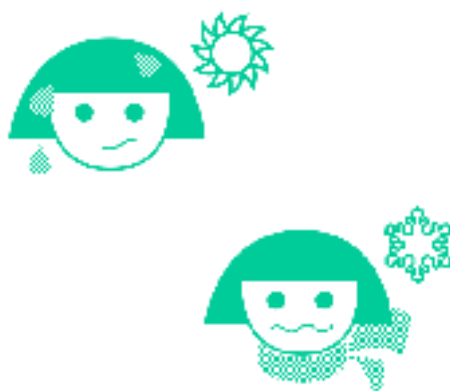
 Принимать душ


 Prendre bain


 洗澡


 Bañarse


 Take a bath





 Frio? Calor?


 Friu? calor?


 Rece? Caldă?

 Холодный? Тёплый?

 Froide? Chaleur?

 冷/热


 ¿Frio? ¿Calor?

 Cold? Warm?



 Música

 Múzika

 Muzică

 Музыка

 Musique

 音乐

 Música

 Music



Acompanhante



Pessoa ki ta kumpanhau



Persoana care vă însoțește



Лицо, сопровождающее Вас



Accompagnateur



陪你的人



Acompañante



Person that accompanies you



Epidural



Epidural



Epidural



Эпидуральная (анестезия)



Péridurale



硬膜上的



Epidural



Epidural



Faça força



Fazi forsa



Împinge



Толкать



Poussez



伸展



Haga fuerza



Push



Respire devagar



Rispira divagar



Respirați ușor



Дышать медленно



Respirez lentement



慢慢呼吸



Respire despacio



Breath slowly



Está tudo bem!



Sta tudu dretu!



Totul este în regulă



Всє в порядку



Toute est bien!



一切安好



¡Todo está bien!



Everything is alright



Vamos ajudá-la!



Nu ta djudau!



Noi te vom ajuta!



Мы поможем Вам!



Nous allons vous aider!



我们会帮助你的



¡Vamos a ayudarla!



We are going to help you!



Onde?



Undi?



Unde?



Где?



Où?



哪里?



¿Dónde?



Where?



Quando?



Kandu?



Când?



Когда?



Quand?



什么时候?



¿Cuándo?




When?





 Como?


 Modi?

 Cum?

 Как?


 Comment?

 怎么样?


 ¿Cómo?

 How?

1, 2, 3, ...??


 Quanto?


 Cantu?


 Cât de mult?

 Скільки?

 Combien?

 多少?

 ¿Cuánto?

 How many? How much?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

A B C D E F G H I

J K L M N O P Q R

S T U V W X Y Z

Elaborado por: Joana Bruno

Aluna do 5º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia / 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Materna e Obstetrícia

Ilustrações por: Sara Marques da Cruz

pinch&punch

**Apêndice 6 – Poster apresentado nas IV Jornadas da UCF Obstetrícia
- Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (resumo, poster e menção
honrosa)**

TÍTULO – CUIDADO MULTICULTURAL NO BLOCO DE PARTOS

OBJECTIVOS

- ↳ Caracterizar o cuidado multicultural;
- ↳ Identificar as dificuldades no cuidado multicultural;
- ↳ Divulgar estratégias facilitadoras da comunicação com parturientes que não dominam a língua portuguesa.

METODOLOGIA

- ↳ Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- ↳ Diálogo com a equipa de enfermagem.

RESULTADOS

Em Portugal, a imigração tem evoluído de forma sistemática. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2009, o número de estrangeiros com estatuto legal de residente aumentou de 107 767, em 1990, para 451 742, em 2009 (Portugal, 2010; Rosa e Chitas, 2010).

Reflectindo esta realidade, nos 3657 partos ocorridos em 2010 no Hospital Prof. Fernando da Fonseca, 32% das parturientes não eram de nacionalidade portuguesa. O seu país de origem era, maioritariamente, Cabo Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Roménia.

A definição de cuidado multicultural é consensual e refere-se à adequação dos cuidados a utentes de diversas culturas e estilos de vida, diferentes crenças, valores e expectativas relativamente à saúde e à doença.

Na implementação de cuidados culturalmente sensíveis, surgem, entre outros, os seguintes obstáculos:

- Dificuldades no acesso aos serviços de saúde;
- Desconhecimento de práticas, valores e crenças da utente, a nível cultural e religioso;
- Dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde.

As estratégias para ultrapassar as dificuldades identificadas passaram pela realização de sessões de sensibilização em que foram abordados os seguintes temas:

- Atitudes a evitar de forma facilitar o acesso aos serviços de saúde pela mulher imigrante;
- Necessidade de formação contínua sobre multiculturalidade;
- Referências as hábitos culturais e religiosos mais frequentes na população do Hospital Prof. Fernando da Fonseca.
- Procedeu-se ainda à elaboração de uma brochura na qual as questões mais frequentes além de traduzidas em várias línguas estavam associadas a imagens elucidativas.

CONCLUSÕES

Com este trabalho evidenciou-se a importância da competência cultural do enfermeiro no cuidado à parturiente imigrante, destacando-se a necessidade de compreensão dos valores, crenças e modos de vida dos indivíduos, de modo a que os cuidados de enfermagem sejam eficazes e competentes.

No caso das grávidas, parturientes e puérperas, as barreiras culturais dificultam a compreensão do plano terapêutico podendo ter efeitos negativos sobre a mulher, feto ou recém-nascido.

No Bloco de Partos todos estes problemas são sentidos com uma maior frequência, já que a rapidez das decisões é condicionada pela comunicação com a parturiente.

AUTORIA:

Joana Isabel Madureira Bruno

Hospital SAMS – Serviço de Ginecologia/Obstetrícia

joanabruno@yahoo.com

919648490

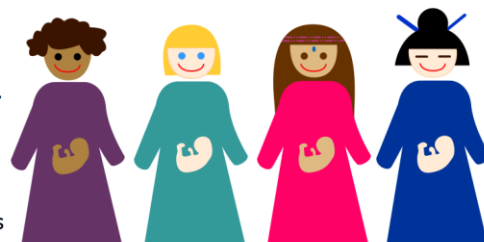
CUIDADO MULTICULTURAL NO BLOCO DE PARTOS

JOANA BRUNO (joanabruno@yahoo.com) – Enf.ª Generalista Hospital SAMS – Serviço de Ginecologia/Obstetria; Mestranda do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Em Portugal, a imigração tem evoluído de forma sistemática. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal 2009, o número de estrangeiros com estatuto legal de residente aumentou de 107 767, em 1990, para 451 742, em 2009.

Reflectindo esta realidade, dos 3657 partos ocorridos em 2010 no Hospital Prof. Fernando da Fonseca, 32% das parturientes não eram de nacionalidade portuguesa. O seu país de origem era, maioritariamente, Cabo Verde, Brasil, Angola, Guiné-Bissau e Roménia.

A definição de cuidado multicultural é consensual e refere-se à adequação dos cuidados a utentes de diversas culturas e estilos de vida, diferentes crenças, valores e expectativas relativamente à saúde e à doença.



OBJECTIVOS

- ↳ Caracterizar o cuidado multicultural;
- ↳ Identificar as dificuldades no cuidado multicultural;
- ↳ Divulgar estratégias facilitadoras da comunicação com parturientes que não dominam a língua portuguesa.

METODOLOGIA

Desenvolvida segundo metodologia de projecto: definição da temática, evidência científica sobre a problemática, planeamento, execução e avaliação.



RESULTADOS

CULTURA

“as crenças, valores e estilos de vida partilhados de um grupo designado ou específico e que habitualmente são transmitidos através de gerações, influenciando o seu pensamento e actuação”.

Leininger, segundo Riley (2004)

COMPETÊNCIA CULTURAL

“actos ou decisões assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras (...) que são elaboradas para se ajustarem aos valores culturais, crenças e modos de vida de um indivíduo, grupo ou instituição, visando proporcionar ou apoiar o atendimento de saúde significativo, benéfico e satisfatório”.

Leininger, citada por George (1993) Pág. 300



IMIGRANTES
grupo vulnerável na área de saúde

Pacientes cuja língua não é a dominante no país de acolhimento, possuem:

- ↳ Menor compreensão sobre os cuidados recebidos;
- ↳ Menor adesão às recomendações de tratamento;
- ↳ Maior irregularidade nas consultas de acompanhamento;
- ↳ Maior possibilidade de internamento;
- ↳ Maior tempo de internamento
- ↳ Realização de exames complementares de diagnóstico desnecessários;
- ↳ Risco aumentado de sofrerem erros médicos.

Jacobs [et al] (2006)

OBSTÁCULOS AOS CUIDADOS

- Situação económica;
- Dificuldades no acesso aos serviços de saúde;
- Dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde;
- Desconhecimento de práticas, valores e crenças da utente, a nível cultural e religioso, por parte dos profissionais de saúde.

ESTRATÉGIAS PARA ULTRAPASSAR DIFICULDADES IDENTIFICADAS

- **Realização de sessões de sensibilização aos cuidadores – Temas abordados:**
 - ✓ Atitudes a evitar de forma facilitar o acesso aos serviços de saúde pela mulher imigrante;
 - ✓ Necessidade de formação contínua sobre multiculturalidade;
 - ✓ Referências as hábitos culturais e religiosos mais frequentes na população do Hospital Prof. Fernando da Fonseca.
- **Elaboração de uma brochura na qual as questões mais frequentes além de traduzidas em várias línguas estavam associadas a imagens elucidativas (pictogramas).**
- **Contacto com embaixadas, consulados ou elementos representativos dos grupos étnicos para aquisição de conhecimentos de hábitos, crenças ou tradições associadas ao cuidar.**



CONCLUSÕES

Com este trabalho evidenciou-se a importância da competência cultural do enfermeiro no cuidado à parturiente imigrante, destacando-se a necessidade de compreensão dos valores, crenças e modos de vida dos indivíduos, de modo a que os cuidados de enfermagem sejam eficazes e competentes. No caso das grávidas, parturientes e puérperas, as barreiras culturais dificultam a compreensão do plano terapêutico podendo ter efeitos negativos sobre a mulher, feto ou recém-nascido. No Bloco de Partos todos estes problemas são sentidos com uma maior premência, já que a rapidez das decisões é condicionada pela comunicação eficaz com a parturiente.



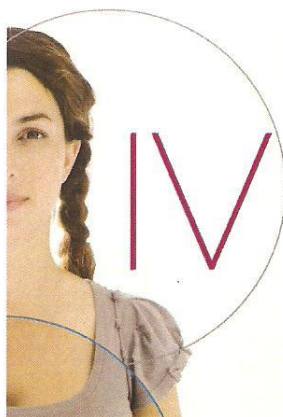
BIBLIOGRAFIA

GEORGE, J. (1993) – Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas. JACOBS, E. [et al] (2006) - The need for more research on language barriers in health care: a proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*. New York. ISSN 1468-0009. Vol. 84, No. 1 (2006). Pág. 111-133. PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística, IP (2010) – Anuário Estatístico de Portugal 2009. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. ISBN 978-989-25-0047-8. RILEY, J. (2004) - Comunicação em enfermagem. 4ª Edição. Loures: Lusodicta. ISBN 972-8383-81-9. ROSA, M.J.; Chitas, P. (2010) - Portugal: Os Números. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN 978-989-84-2404-4.

* Orientação de Sr.ª Prof.ª Anabela Ferreira dos Santos

** Ilustrações por Sara Marques da Cruz (pinch&punch)

Set 2011



JORNADAS
DA UCF
OBSTETRÍCIA



30 Setembro 2011
Anfiteatro do Hospital
Prof. Dr. Fernando Fonseca EPE



Certificado de Poster Menção Honrosa

Certifica-se que
Joana Bruno

Participou nas

IV JORNADAS DA UNIDADE COORDENADORA FUNCIONAL
Amadora – 30 de Setembro de 2011

Organizadas pelo
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA



Tendo apresentado o seguinte poster
Cuidado Multicultural no Bloco de Partos

Dra. Antónia Nazaré
(Directora do Departamento da Mulher - HFF)

Dra. Cristina Costa
(Directora do Serviço de Obstetrícia - HFF)

Apêndice 7 – Poster apresentado nas II Jornadas de Saúde Materno Infantil do CHBA, “Vivências e Saberes” (resumo e poster)

Formulário de Trabalhos Científicos

Envio até 26 de Setembro de 2011 para gabformacao@hbalgarvio.min-saude.pt

Título:

MULTICULTURALIDADE NO BLOCO DE PARTOS – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Poster:

Comunicação:

Nome dos Autores:

1 Joana Isabel Madureira Bruno

Instituição:

Enf.ª Hospital SAMS – Serviço de Ginecologia/Obstetria

Contactos do Autor:

e-mail: joanabruno@yahoo.com

Telefone: 919648490

Texto:

INTRODUÇÃO

A imigração é um fenómeno crescente à escala mundial. Estima-se que em 2009, o número de imigrantes residentes em Portugal corresponda a 4,3% da população. Como consequência desta realidade, assiste-se, no Bloco de Partos, a um aumento significativo de parturientes das mais diversas nacionalidades.

Na prestação de cuidados a esta população, o enfermeiro necessita de ter uma perspectiva holística dos seus utentes. Torna-se fundamental o conhecimento dos valores, crenças e modos de vida das diferentes culturas, para compreender as possíveis influências na vivência da maternidade e adequar as intervenções.

OBJECTIVOS

Identificar a evidência científica disponível na literatura relativamente à questão de partida: “como desenvolver a competência cultural do EESMOG, no Bloco de Partos, nos cuidados à parturiente imigrante?”.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura recorrendo a três plataformas electrónicas de bases de dados EBSCOhost, B-On e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, no período de 2001 a 2011, pelo cruzamento dos termos de pesquisa: Midwife, Parturient, Immigrant, Ethnic Group, Communication, Cultural Competence, Multiculturalism, Cultur*.

RESULTADOS

No final foram seleccionados seis artigos, que cumpriam os critérios definidos na metodologia, dos quais só um foi realizado em Portugal.

Identificaram-se as seguintes temáticas: vivência dos profissionais de saúde; vivência da mulher imigrante; dificuldades na comunicação e acesso aos cuidados de saúde.

CONCLUSÕES

A maternidade é vivida diferentemente, consoante a cultura da parturiente. Tal facto deve ser compreendido para a prestação de cuidados culturalmente sensíveis. De acordo com alguns autores, quanto maior o tempo de experiência do profissional nos cuidados à população imigrante, maior a confiança na comunicação e prestação de cuidados. A aquisição desta competência seria mais célere e eficaz se incluída na formação curricular.

RESULTADOS

Selecionaram-se 6 artigos, com as seguintes características:

Países do estudo: Portugal (1), Israel (1), Canadá (1), Brasil (1) e Reino Unido(1).

Nº participantes : 6-32 (5); meta-síntese de 40 estudos com 1160 mulheres (1).

Participantes: profissionais da saúde (3); mulheres imigrantes (2).

Tipo de estudos: Qualitativos.

VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

É essencial o conhecimento dos hábitos culturais de cada utente. Só 31% dos profissionais estão satisfeitos com os seus conhecimentos em multiculturalidade.

O desenvolvimento da compreensão e sensibilidade das necessidades de cada grupo étnico faz-se através de:

- Formação;
- Contacto com as comunidades imigrantes e instituições de apoio;
- Continuidade na prestação de cuidados à mulher imigrante.

A confiança na comunicação e prestação dos cuidados melhora com o tempo de experiência. A insegurança, ambivalência, a falta de informação e de habilitações culturais conduzem a uma imposição cultural do profissional de saúde.

Quando o profissional de saúde desconhece as crenças e comportamentos da mulher imigrante potencia a sua não adesão às orientações sugeridas. A não adesão da utente origina um sentimento de impotência no profissional.

VIVÊNCIA DA MULHER IMIGRANTE

As mulheres experienciam estereótipagem, discriminação, racismo, desrespeito pela sua intimidade, insensibilidade, falta de apoio emocional, informações adequadas a nível linguístico e falta de conhecimentos sobre as suas práticas religiosas e culturais.

No cuidar existem expectativas universais como a escuta, a presença, o respeito, a preocupação, ser gentil e tentar entender. Cada cultura possui características específicas registando-se variações individuais, o que justifica a necessidade de cuidados personalizados.

Constatou-se ambivalência e confronto de ideais e costumes face à informação e conhecimentos adquiridos pelos profissionais de saúde e as tradições familiares.

Sugere-se a integração dos avós na educação para a saúde durante a vigilância pré-natal para evitar conflito entre as práticas tradicionais culturais e as recomendações dos profissionais de saúde.

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Influenciados pela cultura, inadequada articulação entre os profissionais de saúde da mesma instituição, difícil acesso às consultas de referência hospitalar, realização de exames de diagnóstico noutros locais, atitudes de racismo por parte de profissionais de saúde, falta de transporte e ausência de intérpretes.

Consequências:

- Início tardio da vigilância pré-natal;
- Não cumprimento das recomendações da Direção Geral de Saúde relativamente à periodicidade.

Apêndice 8 – Comunicação Livre apresentada nas II Jornadas de Saúde Materno Infantil do CHBA, “Vivências e Saberes (resumo, comunicação livre e 1º lugar)

Formulário de Trabalhos Científicos

Envio até 26 de Setembro de 2011 para gabformacao@hbalgarvio.min-saude.pt

Título:

COMPETÊNCIA CULTURAL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE MATERNA,
OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

Poster:

Comunicação:

Nome dos Autores:

1 Joana Isabel Madureira Bruno

Instituição:

Enf.ª Hospital SAMS – Serviço de Ginecologia/Obstetria

Contactos do Autor:

e-mail: joanabruno@yahoo.com

Telefone: 919648490

Texto:

INTRODUÇÃO

A população imigrante em Portugal tem registado um aumento significativo. Esta situação, representa um desafio para o enfermeiro na prestação de cuidados a parturientes com diferentes conceitos relativamente aos cuidados a serem prestados durante a gravidez e o parto.

Assim, torna-se importante que o EESMO desenvolva a sua competência cultural de modo a prestar cuidados culturalmente sensíveis, permitindo-lhe compreender a importância da cultura na vivência da maternidade.

OBJECTIVOS

- Caracterizar competência cultural;
- Identificar estratégias para melhorar a competência cultural do EESMOG.

MÉTODOS

Identificação da competência cultural do EESMOG, a partir da análise da Teoria dos Cuidados Culturais, de Madeleine Leininger, e de pesquisa bibliográfica.

RESULTADOS

A competência cultural consiste na aptidão do EESMOG em compreender as diferenças culturais e agir de forma a que a prestação de cuidados contribua para o bem-estar do indivíduo e grupos em que se insere. Para tal, é necessário ter capacidade de comunicação e avaliação cultural, bem como possuir conhecimentos relativamente a práticas de saúde em outras culturas.

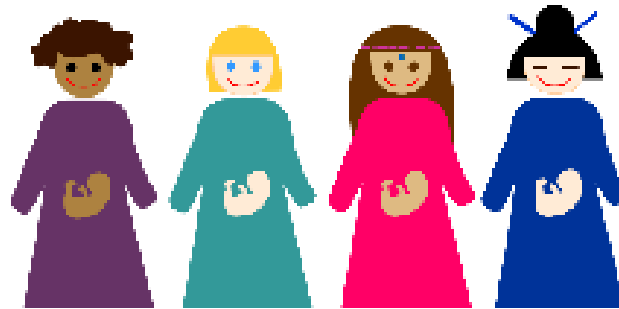
As estratégias para melhorar a competência cultural assentam em dois pilares: a comunicação e o conhecimento da cultura, práticas, valores e crenças das utentes.

CONCLUSÕES

Nem todas as práticas culturais podem ser preservadas. Por vezes, torna-se necessário negociá-las e até reestruturá-las, quando põe em risco a vida da mãe ou do bebé. Em qualquer situação a comunicação eficaz é essencial.

Assim, torna-se determinante o desenvolvimento da competência cultural do EESMOG, como forma de ultrapassar obstáculos à prestação de cuidados adequados às necessidades da utente, enquanto ser biopsicosociocultural e espiritual inserido no seu grupo.

COMPETÊNCIA CULTURAL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA



JOANA BRUNO

Enf.ª Generalista Hospital SAMS – Serviço de Ginecologia/Obstetria

Mestranda do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Orientação de Sr.ª Prof.ª Anabela Ferreira dos Santos)



COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG



OBJECTIVOS



☞ Caracterizar competência cultural;

☞ Identificar estratégias para melhorar a competência cultural do EESMOG.



COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG

PORQUE?



COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG

PORQUE?

International Confederation of Midwives (2002)

Conceitos chave

- Sensibilidade cultural


Competência I

- 1 - Respeito pela cultura e costumes locais.
- 2 - Benefícios e danos das práticas de saúde tradicionais e modernas.
- 5 - Respeita a cultura e não emite juízos de valor.

Competência IV

- 3 - Aspectos culturais e psicológicos do parto.









COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG

COMPETÊNCIA CULTURAL


É possuir o conhecimento, compreensão e habilidades sobre um grupo cultural que permitam ao profissional de saúde prestar cuidados culturalmente aceitáveis.



Acções feitas à medida para servir os valores, crenças e modos de vida dos indivíduos

(Allgood e Torrey, 2004)




(Giger [et al] , 2007)



COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG

COMPETÊNCIA CULTURAL

É um processo contínuo que envolve a aceitação e respeito pelas diferenças e impedir que as suas crenças pessoais influenciem indivíduos ou grupos cuja visão de mundo é diferente.



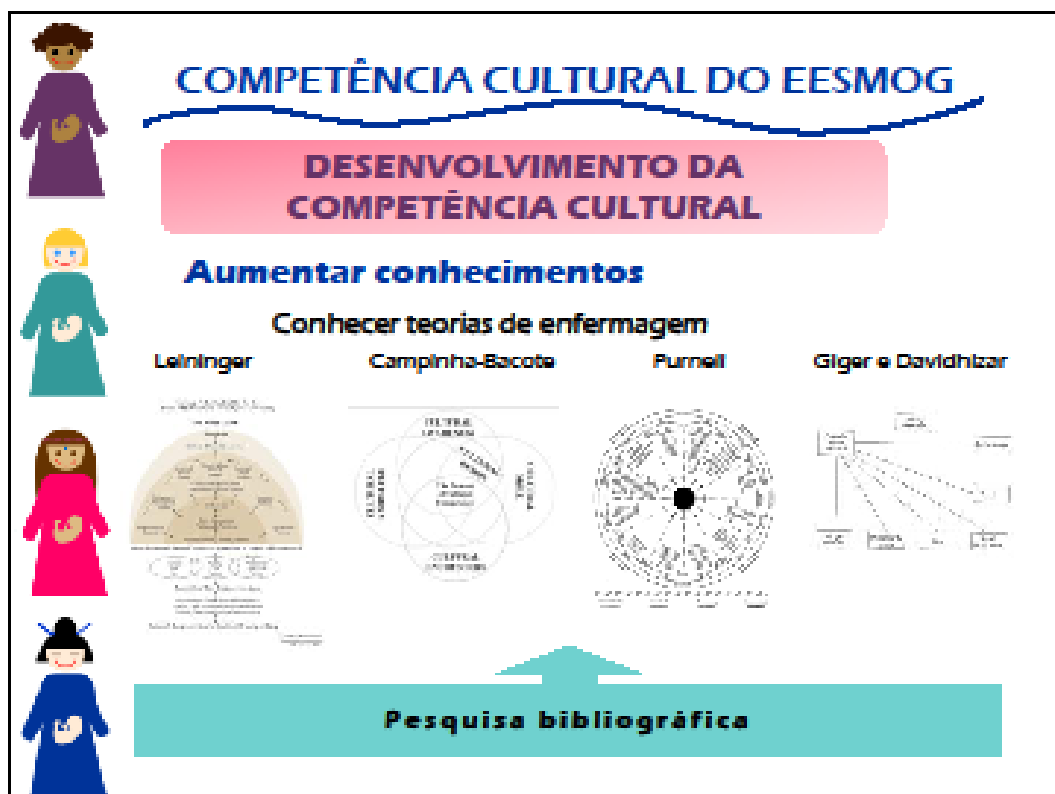
Inclui ter cultural geral sólida e informação cultural específica que permita ao profissional de saúde saber o que perguntar.

(Giger [et al] , 2007)





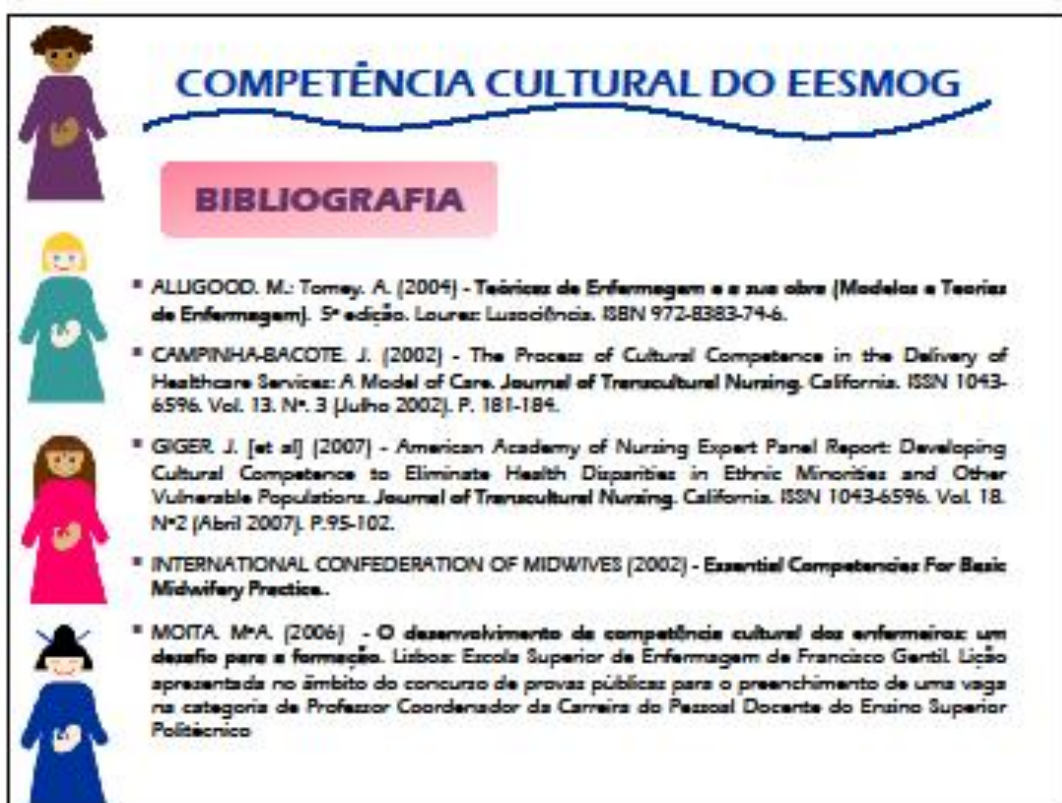








COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG



COMPETÊNCIA CULTURAL DO EESMOG

BIBLIOGRAFIA

- ALLGOOD, M.; Torrey, A. (2004) - *Teóricas de Enfermagem e as suas obras (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74-6.
- CAMPINHA-BACOTE, J. (2002) - *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care*. *Journal of Transcultural Nursing*, California. ISSN 1043-6596. Vol. 13. Nº. 3 (Julho 2002). P. 181-184.
- GIGER, J. [et al] (2007) - *American Academy of Nursing Expert Panel Report: Developing Cultural Competence to Eliminate Health Disparities in Ethnic Minorities and Other Vulnerable Populations*. *Journal of Transcultural Nursing*, California. ISSN 1043-6596. Vol. 18. Nº2 (Abril 2007). P.95-102.
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002) - *Essential Competencies For Basic Midwifery Practice*.
- MOITA, M.A. (2006) - *O desenvolvimento de competência cultural dos enfermeiros: um desafio para a formação*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil. Lição apresentada no âmbito do concurso de provas públicas para o preenchimento de uma vaga na categoria de Professor Coordenador da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico



as

Jornadas de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil

Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE

DECLARAÇÃO

Declara-se que

A Comunicação Livre

**“Competência Cultural do Enfermeiro de Saúde Materna,
Obstétrica e Ginecológica”**,

foi distinguida com o **1.º lugar**, no âmbito das
II Jornadas de Enfermagem de Saúde Materno-Infantil
do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE,
subordinadas ao tema

“Vivências e Saberes”.

que decorreram no Anfiteatro da Instituição
nos dias 27 e 28 de Outubro de 2011.

A Autora da Comunicação Livre foi:

- Joana Bruno

O Presidente do C.A. do CHBA, EPE



Dr. Luís Rodrigues Batalau

Apêndice 9 – Avaliação dos objectivos definidos no Projecto Individual (actividades, recursos e resultados)

Avaliação dos objectivos definidos no Projecto Individual (actividades, recursos e resultados)

OBJECTIVO 1 – PARTICIPAÇÃO ACTIVA NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS
<p>Pesquisa bibliográfica, sempre que necessário; Participação nas actividades do serviço; Reflexão e análise das actividades desenvolvidas, a nível individual e em conjunto com a Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora; Esclarecimento de dúvidas; Elaboração de três diários de aprendizagem, sobre situações da prática de cuidados; Realização de Projecto Individual de Estágio; Realização de Relatório de Estágio; Participação activa no processo de avaliação formativa e sumativa.</p>	<p>Físicos - Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF. Humanos - Equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF, Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora. Materiais - Normas, protocolos e folhetos informativos do serviço e guia de integração dos enfermeiros.</p>	<p>Participei activamente nas actividades do serviço. Elaborei 3 diários de aprendizagem. Realizei o Projecto Individual de Estágio. Realizei o Relatório de Estágio. Reflecti e analisei as situações de prática dos cuidados com a Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora. Realizei a auto-avaliação formativa e sumativa.</p>

OBJECTIVO 2 – INTEGRAÇÃO NO BLOCO DE PARTOS DO HFF, CONHECENDO A ESTRUTURA FÍSICA, ORGANIZAÇÃO E DINÂMICA ORGANIZACIONAL

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS
<p>Visita guiada ao Bloco Partos, que inclui, além das instalações, o equipamento (e o seu manuseamento), circuito de atendimento das utentes e família; Apresentação aos diversos membros da equipa multidisciplinar; Consulta de Manuais de Enfermagem, Normas, Protocolos e Guia de Integração para Enfermeiros; Observação da dinâmica do serviço com observação directa da prestação de cuidados de enfermagem à grávida, parturientes, RN e acompanhante; Esclarecimento de dúvidas sempre que necessário.</p>	<p>Físicos - Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF. Humanos - Equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF, Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora. Materiais - Material necessário à elaboração do plano de cuidados e à prestação de cuidados.</p>	<p>Incorporei conhecimentos sobre a estrutura física e dinâmica do serviço. Trabalhei de forma adequada com a equipa multidisciplinar.</p>

OBJECTIVO 3 – ADQUIRIR COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER / RN / FAMÍLIA DURANTE OS QUATRO ESTÁDIOS DO TRABALHO DE PARTO

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA SEGUNDO OE (2010) - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA SEGUNDO ICM (2002) – As Parteiras possuem os conhecimentos e skills necessários, relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética, que fundamentam a base de cuidados de qualidade culturalmente sensíveis e adequados à prestação de cuidados à Mulher, Recém-Nascido e Família no seu ciclo reprodutivo; As Parteiras prestam cuidados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da Mulher e Família, durante o trabalho de parto, efetuando o parto de forma segura e dominando situações de emergência, no sentido de maximizar a saúde da Mulher e seu Recém-Nascido.

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS
<p>Actuar de acordo com as orientações da DGS e as competências da ICM e da OE;</p> <p>Participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família nos quatros estádios do trabalho de parto;</p> <p>Acolher a mulher / casal / família, estabelecendo uma relação de ajuda;</p> <p>Realizar colheita de dados de forma completa e sistemática;</p> <p>Proporcionar apoio psicológico à mulher / casal / família;</p> <p>Informar a parturiente e família sobre todos os cuidados que lhe são prestados, promovendo a decisão esclarecida;</p> <p>Realizar exame físico e obstétrico (manobras de Leopold, avaliação da altura do fundo do útero, pelvimetria, cervicometria);</p> <p>Vigiar bem-estar materno fetal (sinais vitais, auscultação de batimentos cardíofetais, interpretação de cardiocotografia);</p> <p>Colaborar na realização de exames complementares de diagnóstico, com outros profissionais de saúde;</p> <p>Avaliar a progressão do trabalho de parto, registando-a no partograma;</p> <p>Identificar desvios na evolução do trabalho de parto (a nível materno e fetal) e realizar encaminhamento adequado;</p> <p>Identificar desvios à gravidez fisiológica (a nível materno, fetal e psicossocial) e realizar encaminhamento adequado;</p> <p>Participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à grávida com patologia;</p> <p>Proporcionar apoio psicológico à mulher /casal / família no caso de abortamento ou morte fetal;</p> <p>Proporcionar e incentivar a utilização de estratégias de controlo da dor (farmacológicas e não farmacológicas);</p> <p>Realizar amniotomia, se necessário;</p>	<p>Físicos - Bloco de Partos do HFF.</p> <p>Humanos - Equipa multidisciplinar, Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora.</p> <p>Materiais - Material necessário à elaboração do plano de cuidados e à prestação de cuidados.</p>	<p>Prestei cuidados de enfermagem especializados a 183 mulheres nos 4 estádios do trabalho de parto. Estas utentes tinham entre 16 e 43 anos de idade e idades gestacionais entre 26s e 42s+2d. Os seus antecedentes pessoais eram: talassémia minor, hipotiroidismo, anemia, obesidade e infecção por Vírus do Papiloma Humano. As razões de admissão foram, hidrâmnios, oligoâmnios, rotura prematura de membranas, bolsa de águas rota, ameaça de parto pré-termo, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, infecção urinária, pielonefrite, alterações da função hepática, hemorragia do 3º trimestre, tentativa de interrupção da gravidez no 3º trimestre, incompetência cervico-istmica, gravidez não vigiada ou mal vigiada, infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana e Hepatite B, cardiograma não tranquilizador, derrame pleural fetal, taquicardia fetal, síndrome de transfusão feto-fetal, gemelaridade, alterações de fluxos, diminuição dos movimentos fetais, contractilidade, início de trabalho de parto, indução de trabalho de parto, trabalho de parto activo.</p> <p>Prestei apoio psicológico à mulher e casal</p>

Preparar material e equipamento para a realização de parto;
Realizar episiotomia, se necessário;
Realizar técnica do parto de apresentação cefálica;
Identificar e actuar na presença de circular cervical;
Realizar anestesia local, se necessário;
Realizar colheita de sangue do cordão umbilical, se necessário;
Colaborar no parto distócico;
Promover a relação precoce mãe / pai / RN;
Realizar dequitação;
Inspeccionar placenta e membranas;
Inspeccionar vagina e colo do útero, para despiste de lacerações;
Realizar episiorrafia, se necessário;
Incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno;
Prestar cuidados de higiene e conforto à parturiente;
Encaminhar puérpera para o recobro;
Elaborar registos claros e objectivos no processo clínico e transmitir informações pertinentes de forma clara à equipa multidisciplinar.

numa situação de morte fetal e numa situação de feticido selectivo por malformações fetais incompatíveis com a vida.

Coloquei 3 monitorizações internas.

Observei 16 partos eutócicos. Observei e colaborei em 21 partos distócicos (1 forceps, 7 ventosas e 13 cesarianas). As cesarianas deveram-se a descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, pré-eclâmpsia, incompetência feto-pélvica, apresentação pélvica e bradicardia fetal mantida.

Realizei 51 vezes a técnica do parto de apresentação cefálica. As utentes tinham entre 19 e 44 anos de idade e idades gestacionais entre 36s e 41s+1d. Os seus antecedentes pessoais eram: epilepsia, trombocitopenia, hipotiroidismo, infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana e Hepatite B e 3 partos eutócicos anteriores com atonia uterina. As razões de admissão foram: início de trabalho de parto, indução de trabalho de parto, bolsa de águas rota, contractilidade, subida tensional, oligoâmnios, diabetes gestacional, feto com restrição de crescimento intra-uterino e gravidez não vigiada ou mal vigiada. Relativamente ao controlo da dor: 7 mulheres não usufruíram de qualquer forma de analgesia, 22 foram submetidas a analgesia epidural e nas restantes 22 realizei anestesia local. Nasceram 32 rapazes e 19 raparigas com pesos entre 2115gr e 4420gr, sendo o valor mais baixo do Índice de Apgar igual a 8. Nestes 51 partos, 11 mulheres tiveram o períneo intacto, realizei 21 episiotomias e reparei 19 lacerações (12 de grau I e 7 de Grau II).

		<p>Estive perante situações de circulares cervicais, nó verdadeiro do cordão, distócia de ombros, procedência da mão, membranas fragmentadas e dequitação manual. Realizei 6 colheitas de sangue do cordão umbilical para determinação do grupo sanguíneo do recém-nascido.</p> <p>Prestei cuidados de enfermagem especializados a 27 grávidas com patologia. Estas utentes tinham entre 19 e 40 anos de idade e idades gestacionais entre 23s+5d e 41s+3d. Os motivos de internamento foram Hipertensão Induzida pela Gravidez, Pré-Eclâmpsia, Diabetes Gestacional, Ameaça de Parto Pré-termo, Rotura Espontânea de Bolsa de Águas, Hemorragia, vigilância de bem-estar materno-fetal, taquicardia fetal, e suspeita de H1N1.</p> <p>Elaborei registos de enfermagem claros e objectivos e transmiti as informações à equipa multidisciplinar, de forma clara.</p> <p>Reflecti e analisei as situações de prática dos cuidados com a Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora.</p>
--	--	---

OBJECTIVO 4 – DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À MULHER / RN / FAMÍLIA NO PERÍODO PÓS-NATAL

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA SEGUNDO OE (2010) - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA SEGUNDO ICM (2002) – As Parteiras possuem os conhecimentos e skills necessários, relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética, que fundamentam a base de cuidados de qualidade culturalmente sensíveis e adequados à prestação de cuidados à Mulher, Recém-Nascido e Família no seu ciclo reprodutivo; As Parteiras prestam cuidados abrangentes e integrados de elevada qualidade, atendendo às particularidades culturais da Mulher e Família, no pós-parto e puerpério.

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS
<p>Actuar de acordo com as orientações da DGS e as competências da ICM e da OE;</p> <p>Participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à puérpera e família no período pós-natal;</p> <p>Acolher a mulher / casal / família, estabelecendo uma relação de ajuda;</p> <p>Proporcionar apoio psicológico à mulher / casal / família;</p> <p>Realizar colheita de dados de forma completa e sistemática;</p> <p>Colaborar na realização de exames complementares de diagnóstico, com outros profissionais de saúde;</p> <p>Realizar exame físico sistemático à puérpera e RN;</p> <p>Avaliar involução uterina, perdas hemáticas e cicatrização de lacerações e suturas;</p> <p>Prestar de cuidados de higiene e conforto à puérpera e RN;</p> <p>Detectar precocemente desvios da normalidade e realizar encaminhamento adequado;</p> <p>Participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados à puérpera com patologia;</p> <p>Participar activamente na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN com alterações morfológicas e / ou funcionais e família;</p> <p>Realizar educação para a saúde adequada às necessidades da puérpera/família com vista à satisfação do auto-cuidado, cuidado do RN e prevenção de complicações;</p> <p>Informar a puérpera e família sobre recursos disponíveis na comunidade;</p> <p>Incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno;</p> <p>Proporcionar apoio psicológico à mulher /casal / família durante o período de luto em caso de anomalia congénita ou morte neonatal;</p> <p>Elaborar registos claros e objectivos no processo clínico e transmitir informações pertinentes de forma clara à equipa multidisciplinar.</p>	<p>Físicos - Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF.</p> <p>Humanos - Equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF, Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora.</p> <p>Materiais - Material necessário à elaboração do plano de cuidados e à prestação de cuidados.</p>	<p>Prestei cuidados de enfermagem especializados a 24 mulheres no 1º dia de puerpério após partos eutócicos e distócicos. Estas utentes tinham entre 18 e 44 anos de idade e idades gestacionais entre 35s+4d e 41s+1d.</p> <p>Elaborei registos de enfermagem claros e objectivos e transmiti as informações à equipa multidisciplinar, de forma clara.</p> <p>Reflecti e analisei as situações de prática dos cuidados com a Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora.</p>

OBJECTIVO 5 – ADQUIRIR COMPETÊNCIAS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS AO RN NA ADAPTAÇÃO À VIDA EXTRA-UTERINA, COM OU SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS E / OU FUNCIONAIS

COMPETÊNCIA ESPECÍFICA SEGUNDO OE (2010) - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e o período pós-natal
 COMPETÊNCIA ESPECÍFICA SEGUNDO ICM (2002) - As Parteiras possuem os conhecimentos e skills necessários, relacionados com as ciências sociais, saúde pública e ética, que fundamentam a base de cuidados de qualidade culturalmente sensíveis e adequados à prestação de cuidados à Mulher, Recém-Nascido e Família no seu ciclo reprodutivo; As Parteiras prestam cuidados de elevada qualidade, abrangentes e integrados fundamentalmente ao Recém-Nascido saudável desde o parto aos dois meses de idade.

ACTIVIDADES	RECURSOS	RESULTADOS
<p>Actuar de acordo com as orientações da DGS e as competências da ICM e da OE;</p> <p>Realizar estágio no Serviço de Neonatologia;</p> <p>Acolher a mulher / casal / família, estabelecendo uma relação de ajuda;</p> <p>Realizar colheita de dados de forma completa e sistemática;</p> <p>Preparar material necessário à prestação de cuidados ao RN;</p> <p>Avaliar a adaptação imediata do RN à vida extra uterina e implementar medidas de suporte;</p> <p>Iniciar reanimação neonatal, se necessário;</p> <p>Prestar cuidados imediatos ao recém-nascido;</p> <p>Proceder ao exame físico sistemático, avaliação de reflexos neurológicos e peso;</p> <p>Detectar precocemente desvios da normalidade e realizar encaminhamento adequado;</p> <p>Promover da relação precoce mãe / pai / RN;</p> <p>Prestar cuidados de higiene e conforto;</p> <p>Colaborar na realização de exames complementares de diagnóstico, com outros profissionais de saúde;</p> <p>Proporcionar apoio psicológico à mulher /casal / família durante o período de luto em caso de anomalia congénita ou morte neonatal;</p> <p>Elaborar registos claros e objectivos no processo clínico e transmitir informações pertinentes de forma clara à equipa multidisciplinar.</p>	<p>Físicos - Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF.</p> <p>Humanos - Equipa multidisciplinar do Bloco de Partos e Serviço de Neonatologia do HFF, Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora.</p> <p>Materiais - Material necessário à elaboração do plano de cuidados e à prestação de cuidados.</p>	<p>No Bloco de Partos, prestei cuidados imediatos a 39 recém-nascidos, sendo que 5 deles necessitaram de manobras de reanimação por Índice de Apgar inferior a 7. Também procedi à transferência de 3 recém-nascidos para o Serviço de Neonatologia. As idades gestacionais estavam compreendidas entre as 31s+3d e 41s+2d e os pesos entre 1345gr e 4265gr.</p> <p>Realizei uma semana de estágio na Unidade de Cuidados Intensivos e Especiais Neonatais, onde tive oportunidade de observar e colaborar nos cuidados a 20 bebés imediatamente após o parto e até aos 4 meses de vida, tinham idades gestacionais compreendidas entre as 24s+3d e 40s+4d e pesos entre 650gr e 3600gr. O internamento da maioria destes bebés deveu-se a casos de prematuridade e complicações decorrentes dessa situação, tais como hemorragia intraventricular, síndrome de dificuldade respiratória, doença da membrana hialina, persistência do canal arterial e enterocolite necrosante. Entre outras causas de internamento salienta-se a asfixia neo-natal, a sépsis, a intolerância alimentar e a vigilância devido a mãe com patologia grave. Salienta-se, ainda, o caso de um bebé de 4 meses ainda internado</p>

		<p>neste serviço com o diagnóstico de síndrome poli malformativo, associado a síndrome de dificuldade respiratória, sépsis e restrição do crescimento intra-uterino. Elaborei registos de enfermagem claros e objectivos e transmiti as informações à equipa multidisciplinar, de forma clara. Reflecti e analisei as situações de prática dos cuidados com a Orientadora do Ensino Clínico e Docente Orientadora.</p>
--	--	--