



Escola Superior de Saúde de Santarém

**A INFLUÊNCIA DOS MITOS E CRENÇAS NO TRABALHO DE
PARTO E PARTO**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Elsa Maria de Oliveira Rodrigues

Orientação:

Professora Doutora Maria da Conceição Fernandes Santiago

dezembro 2023

“A **vida**, envolta num manto misterioso, foi sempre um dos temas favoritos da Humanidade, alvo de reflexões, filosofias, normas religiosas e morais, que se foi transmitindo de geração em geração”

Martins & Fuentes (2020)

AGRADECIMENTOS

À professora Conceição Santiago, que com elevada estima agradeço a sua orientação, todo o apoio, dedicação e tempo despendido comigo.

Ao meu lindo filho Santiago, pelo tempo que não volta mais. Que este êxito possa servir como exemplo de perseverança e dedicação e possa inspirá-lo a procurar os seus próprios sonhos com a mesma determinação.

Ao meu marido Luís, pela compreensão e paciência. A sua presença ao meu lado tornou possível superar desafios e persistir nesta jornada académica.

A ti minha avó Conceição, que embora noutra dimensão, estás sempre presente e iluminas o meu caminho.

À minha amiga Graciete, companheira desta viagem. Que a nossa amizade continue a inspirar e a fortalecer os nossos sonhos, enquanto celebramos juntas os sucessos que o futuro nos reserva.

Aos meus colegas de trabalho, pela sua colaboração e apoio constantes. Juntos, formamos uma equipa extraordinária.

Aos professores, cuja dedicação e orientação moldaram este percurso. É com gratidão, que celebro esta conquista em reconhecimento à sua influência na minha educação e desenvolvimento profissional e pessoal.

A todos os enfermeiros, pela sua dedicação incansável. Que este reconhecimento seja um reflexo do profundo respeito e admiração que tenho por cada um de vós.

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

EBSCO – Elton B. Stephens Company

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DC – Dilatação Cervical

f. - Folha

HAP - Hospital de Apoio Perinatal

h - Horas

IV – Quatro

JBI - Joanna Briggs Institute

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

Nº - Número

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCC - Participantes, Conceito e Contexto

PCEA - Anestesia Epidural Contínua

PORDATA - Base de Dados sobre Portugal Contemporâneo

RCEESMO - Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN – Recém-Nascido

SEF – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras

SR - *Scoping Review*

TP – Trabalho de Parto

UCEP - Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos

UNICEF - O Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

A cultura desempenha um papel significativo nas crenças, mitos, atitudes e práticas em torno do trabalho de parto e parto. Estudar a interação entre a cultura e a experiência do trabalho de parto e parto pode ajudar a entender melhor as necessidades e preocupações específicas das mulheres grávidas em diferentes contextos culturais. Foi realizada uma Scoping Review com o objetivo de mapear a evidência científica sobre a influência dos mitos e crenças no trabalho de parto e parto na perspectiva da mulher grávida, obtendo-se 5 artigos. Pela evidência científica obtida infere-se que é essencial reconhecer que as crenças e mitos em torno do trabalho de parto e parto variam amplamente entre as culturas e comunidades, e que o impacto específico depende da história, educação e experiências individuais da mulher grávida. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deve estar ciente dessas influências culturais, respeitar e apoiar a mulher nas suas opções de parto, salvaguardando o bem-estar materno e fetal e promovendo uma experiência de parto positiva.

Palavras – Chave: Cultura; Crenças; Mitos; Gravidez; Trabalho de parto e parto

ABSTRAT

Culture plays a significant role in the beliefs, myths, attitudes and practices surrounding labor and birth. Studying the interaction between culture and the labor and birth experience can help to better understand the specific needs and concerns of pregnant women in different cultural contexts. A Scoping Review was carried out with the aim of mapping the scientific evidence on the influence of myths and beliefs on labor and birth from the perspective of pregnant women, obtaining 5 articles. From the scientific evidence obtained, it is essential to recognize that beliefs and myths surrounding labor and birth vary widely between cultures and communities, and that the specific impact depends on the history, education and individual experiences of the pregnant woman. The Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing must be aware of these cultural influences, respect and support women in their birth options, safeguarding maternal and fetal well-being and promoting a positive birth experience.

Keywords: Culture; Beliefs; Myths; Pregnancy; Labor; Childbirth

ÍNDICE	f.
INTRODUÇÃO	8
1. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV	10
2. A INFLUÊNCIA DOS MITOS E CRENÇAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO	36
3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA – MODELO CAMPINHA – BACOTE	38
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	40
4.1. “SCOPING REVIEW”	40
4.1.1. Análise e Discussão dos Resultados	61
5. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
APÊNDICES	83
APÊNDICE A – Projeto Individual de Estágio	84
APÊNDICE B – Sessão de Formação “Multiculturalidade: Parto e Puerpério”	104
APÊNDICE C - Apresentação dos Resultados da “Scoping Review”	132
APÊNDICE D - Síntese de Registo de Atividades Práticas	161
APÊNDICE E – Protocolo da Scoping Review	163

LISTA DE FIGURAS	f.
Figura 1. Seleção dos artigos (PRISMA 2020 Flow Diagram)	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Palavras-chave.....	40
Quadro 2 - Limitadores universais e específicos por base de dados	41
Quadro 3 - Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis por base de dados	42
Quadro 4 - Resumo da análise dos artigos selecionados.....	44

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular, Estágio IV – Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Sala de Parto, integrada no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém.

O Estágio IV decorreu na sala de partos, num Hospital de apoio perinatal (HAP) afeto à Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC), entre 27 de fevereiro de 2023 e 21 de julho de 2023, com a duração de 20 semanas, num total de 560 horas (h) atribuídas à prestação de cuidados à mulher e recém-nascido (RN), e 200 h para realização e discussão do relatório de estágio (40 h seminário, 20 h orientação tutorial, 140 h elaboração de relatório) sob a supervisão da Professora Doutora Maria da Conceição Fernandes Santiago e orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) com grau de Mestre. Os objetivos da unidade curricular são: prestar cuidados especializados de enfermagem à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença; integrar a equipa da saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em situação de saúde e doença; elaborar relatório de estágio.

O Ensino Clínico (EC) oferece oportunidades significativas de aprendizagem para o estudante, pois permite solidificar o conhecimento adquirido e desenvolver habilidades essenciais enquanto profissional de saúde qualificado para o exercício das suas competências no cuidado ao outro. A interação com situações reais possibilita a interligação entre a teoria e a prática, promove a pesquisa científica e a reflexão perante os vários contextos clínicos e desafios impostos. Este EC contribuiu para alcançar os objetivos delineados no Projeto Individual de Estágio (APÊNDICE A) e integrar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019 de 6 de janeiro de 2019) e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019).

O relatório de estágio, sendo objeto de discussão e apreciação pública tem como objetivos: evidenciar um conhecimento especializado no tema e na área de especialização; demonstrar as aprendizagens adquiridas a partir de um processo auto formativo, de pesquisa sistemática e reflexão; contribuir para um agir em contexto da prática clínica numa

perspetiva de enfermagem avançada. Procedeu-se, deste modo, a uma análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do Estágio, enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que refletem a prática clínica especializada em saúde materna e obstétrica tendo por base a prática baseada na evidência. É apresentado também o aprofundamento teórico acerca da **influência dos mitos e crenças no trabalho de parto e parto**. A escolha desta temática impôs-se perante a crescente diversidade cultural em Portugal nas últimas décadas (SEF, 2021). Muitas culturas têm tradições e superstições específicas que moldam a experiência da maternidade, logo é fundamental reconhecer que essas crenças podem influenciar as expectativas e vivências das mulheres durante o processo de parto (Campinha-Bacote, 2011). Os profissionais de saúde devem ser sensíveis a essa diversidade cultural, e promover um ambiente de respeito e compreensão, pois ao considerar as crenças e mitos, os cuidados de saúde podem ser adaptados às necessidades individuais, tornando a experiência de parto mais positiva (Santiago et al., 2020).

Neste prisma foi conduzida uma Scoping Review (SR) seguindo as diretrizes do protocolo Joanna Briggs Institute (JBI) desenvolvido por Aromataris & Munn (2020) que permitiu identificar a literatura científica mais atual sobre a temática em estudo, e nortear a prática enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o relatório cumpre os descritores de Dublin para o 2º ciclo: conhecimento e capacidade de compreensão, aplicação de conhecimentos e compreensão, realização de julgamento/tomada de decisões, comunicação e competências de autoaprendizagem.

Este relatório está dividido em cinco capítulos: O primeiro capítulo incide sobre a análise reflexiva das atividades desenvolvidas durante o estágio IV; o segundo aborda a influência dos mitos e crenças no trabalho de parto e parto, o terceiro reflete os pressupostos teóricos orientadores da prática assentes no Modelo de Campinha – Bacote, o quarto capítulo centra-se na metodologia e análise dos resultados da SR. O último capítulo apresenta a conclusão, destacando as contribuições da pesquisa.

O presente trabalho foi elaborado segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da American Psychological Association da 7ª edição (2020).

1. ANÁLISE REFLEXIVA ACERCA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO IV

A prática reflexiva emerge como uma ferramenta essencial no contexto da aprendizagem experiencial, proporcionando aos profissionais uma plataforma significativa para aprimorar a sua capacidade de aprender a partir das experiências vivenciadas. Esta abordagem fundamenta-se na ideia de que a reflexão consciente sobre a prática é um catalisador poderoso para o desenvolvimento profissional e a melhoria contínua (Schön, 1983).

Ao analisar essas vivências, os profissionais adquirem uma compreensão mais profunda do contexto em que prestam os seus cuidados. A reflexão permite uma abordagem crítica acerca das atividades desenvolvidas e permite identificar oportunidades de melhoria. Ao compreender as nuances das experiências, os profissionais conseguem adaptar as suas práticas, com base em conhecimentos teóricos, o que permite aperfeiçoar habilidades clínicas e promover uma compreensão profunda das práticas específicas acerca da prestação de cuidados (Dalla Lana & Arend Birner, 2015)

Assim, a reflexão sobre a prática clínica emerge como uma base vital na aprendizagem, pois capacita os profissionais, a tirar *insights* significativos sobre as experiências diárias. Isso aprofunda a compreensão do contexto profissional, e também fomenta uma postura de crescimento e adaptação contínua, essenciais para um desenvolvimento profissional eficaz (Netto et al., 2018).

O Exercício de Enfermagem Especializada em Saúde da Mulher e Obstetrícia desempenha um papel crucial na prestação de cuidados ao ciclo reprodutivo feminino. Conforme definido pelo RCEEESMO (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019), o EEESMO realiza intervenções independentes em situações de baixo risco, envolvendo processos fisiológicos saudáveis. Em contrapartida, em situações de médio e alto risco, que abrangem processos patológicos e disfuncionais, o profissional executa intervenções autónomas e interdependentes. Essa abordagem proporciona uma flexibilidade adaptável às diversas necessidades de saúde da mulher. Ao assumir autonomia em cenários de baixo risco e colaborar em situações complexas, o EEESMO assegura uma abordagem holística e personalizada, contribuindo para a saúde materna e reprodutiva de forma eficaz.

O HAP onde se desenvolveu o Estágio IV na Sala de Partos está integrado na ARSC e apresenta uma diferenciação hospitalar de nível III, pois compreende a realização de pelo menos 1.500 partos anuais, apresenta um Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, um Serviço de Obstetrícia, um Serviço de Ginecologia e uma Unidade de Neonatologia. Este assegura todos os cuidados de saúde descritos para a população da sua área de influência direta e é adicionalmente um centro de referência para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica de elevada complexidade (DGS, 2023). A unidade de cuidados intensivos neonatais recebe recém-nascidos com qualquer idade gestacional e presta cuidados agudos a recém-nascidos de termo gravemente doentes, providenciando acesso rápido a subespecialidades pediátricas, como a cirurgia pediátrica e cardiologia pediátrica (DGS, 2023). Outro pilar fundamental é o compromisso com a formação de profissionais de saúde, abrangendo tanto a educação pré-graduada quanto pós-graduada. A instituição também se destaca na área da pesquisa, especialmente em estudos de natureza translacional e clínica.

A entrada da mulher grávida na sala de partos ocorre através de 2 vias de acesso, através do serviço de urgência ou através da unidade de Medicina Materno-Fetal. O BP dispõe de 7 salas individuais equipadas com marquesas ajustáveis para oferecer opções de posicionamento durante o trabalho de parto e monitorização materno-fetal contínua. Em situações de emergência, existe proximidade com o bloco cirúrgico, e com a unidade de cuidados intensivos neonatais.

A equipa multidisciplinar é composta por profissionais de saúde especializados em cuidados obstétricos e neonatais: EEESMO, obstetras, pediatras, anestesistas e outros técnicos em saúde. A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira gestora e por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A metodologia adotada é o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro, fica responsável pela prestação de cuidados à grávida/parturiente/família, mas é fomentado o espírito de trabalho em equipa.

A política da unidade assegura que a grávida/parturiente possa ter consigo uma pessoa significativa, seja o parceiro, familiar ou amigo, para fornecer suporte e conforto pois reconhece-se a importância do apoio emocional durante o processo de parto.

O EC permitiu a prestação de cuidados às mulheres nas diferentes fases da evolução do trabalho de parto e parto, assim como cuidados aos recém-nascidos de termo e pré-termo. O mesmo constituiu uma oportunidade singular para a aquisição e desenvolvimento de competências essenciais enquanto EEESMO, abrangendo áreas cruciais como a melhoria

contínua da qualidade nos cuidados de saúde, a gestão eficiente dos recursos materiais, técnicos e humanos, a responsabilidade profissional sob a perspetiva ética e legal, e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais, conforme estabelecido pelo RCEEESMO (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio de 2019),

Este estágio foi um catalisador para o aprofundamento de habilidades cognitivas, técnicas e relacionais, instigando uma reflexão constante sobre as diversas práticas adotadas durante o trabalho de parto. Para atingir esse propósito, foram implementadas as atividades delineadas no projeto individual de estágio, configurando-se como um guia vital. Este documento detalhado estabeleceu objetivos específicos e delineou atividades com metas temporais específicas. O avanço em termos de autonomia, desenvolvimento de capacidades e a aquisição das diversas competências especializadas estavam intrinsecamente ligadas ao progresso nesse guia. Este enfoque estruturado permitiu não apenas o cumprimento das metas estabelecidas, mas também a incorporação prática dos conceitos e conhecimentos adquiridos ao longo do estágio. Para além da oportunidade de desenvolver competências, o EC constituiu uma jornada reflexiva e dinâmica para aprofundar o conhecimento e desenvolver habilidades fundamentais no contexto do trabalho de parto e parto.

Durante este período, foram realizadas 104 vigilâncias de trabalho de parto (das quais 3 vigilâncias TP de risco); 41 partos eutócicos e colaboração em 12 partos distócicos. Foram ainda prestados cuidados a 67 recém-nascidos (63 saudáveis e 4 de risco), 63 puérperas (59 puérperas saudáveis e 4 puérperas de risco) e 1 grávida em situação de risco.

Durante o EC verificou-se uma afluência ao BP de mulheres vindas de outros países, nomeadamente Brasil, Índia, Ucrânia e continente Africano. Segundo a OE (2022) a multiculturalidade na atualidade é um fenómeno que se destaca em diversos aspetos da sociedade, inclusive no âmbito da saúde. A globalização, juntamente com a mobilidade crescente das populações e o processo de urbanização, estabeleceu um cenário inédito de interação entre culturas e coexistência de diferentes estilos de vida (Santiago et al., 2020). Esse fenómeno tem desempenhado um papel significativo na formação de sociedades multiculturais e interculturais, e apresenta desafios substanciais para o setor de saúde e, especificamente, para os profissionais de enfermagem (OE, 2022).

Neste âmbito, também a acessibilidade ao bloco de partos (BP) tornou-se um reflexo desse panorama diversificado, evidenciando a necessidade de abordagens inclusivas e culturalmente sensíveis na prestação de cuidados obstétricos. Segundo a base de dados sobre Portugal contemporâneo, no ano de 2022, os partos de mulheres estrangeiras representavam

aproximadamente 16,7% do total de partos em Portugal (Pordata, 2023). Esses números refletem não apenas a presença crescente de mulheres estrangeiras no contexto dos partos em território português, mas também indicam uma tendência de aumento na diversidade populacional devido à imigração.

Essa dimensão demanda ao enfermeiro o reconhecimento e a valorização das disparidades culturais em relação à influência dos mitos, valores, crenças e costumes, no contexto da saúde, com enfoque no trabalho de parto e parto, pelo que a prestação de cuidados de saúde culturalmente sensíveis desempenha um papel crucial na satisfação das necessidades dos utentes e na promoção da qualidade dos cuidados de saúde (OE, 2022).

Em suma, atualmente, a multiculturalidade e o acesso ao bloco de partos estão intrinsecamente ligados, pois os profissionais de saúde, concretamente EEESMO, enfrentam cenários nos quais a influência cultural tem um grande impacto na esfera da gravidez, trabalho de parto, parto e parentalidade. Esta realidade impõe aos enfermeiros a necessidade de desenvolver habilidades tanto na comunicação quanto na compreensão cultural para lidar eficazmente com situações dispare, através da promoção de práticas inclusivas e culturalmente sensíveis que garantem um atendimento de saúde mais equitativo, mas também enriquecem a experiência de parto, ao reconhecer e respeitar a riqueza da diversidade cultural presente na sociedade atual (Campinha-Bacote, 2011).

Relativamente ao objetivo **“Integrar a equipa multidisciplinar do Bloco de Partos”**, todas as atividades propostas para a integração na equipa multidisciplinar foram realizadas. Considero que a maioria da equipa multidisciplinar foi promotora do acolhimento e integração no serviço, e que contribuiu significativamente para a formação e desenvolvimento profissional nesta área específica, enquanto EEESMO. Para Guimarães & Branco (2020), a integração na equipa multidisciplinar permite uma troca eficaz de informações e conhecimentos, possibilitando a tomada de decisões bem fundamentadas em tempo real, o que é essencial para a saúde da mulher e do RN. Além disso, promove um ambiente de trabalho harmonioso e eficiente, refletindo positivamente na qualidade dos cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstétrica.

Acerca do objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados enquanto EEESMO na admissão/ acolhimento da grávida/parturiente e família”** Ao admitir uma mulher/família na sala de partos, a minha prioridade foi sempre o acolhimento, assente nas necessidades clínicas, mas também na dimensão emocional desse momento único. Estabeleci um

ambiente de confiança, garantindo que a grávida/parturiente e família se sentisse apoiada e informada sobre cada etapa do processo, desde a organização do bloco de partos até à disponibilidade para esclarecer dúvidas contribuindo para uma experiência de parto positiva. Também a compreensão profunda do processo clínico que antecede a admissão no bloco de partos é essencial, e permitiu uma avaliação informada da situação de saúde da grávida, acesso à sua história clínica, o que contribuiu para decisões embasadas e cuidados eficazes. Considero que, enquanto EEESMO a identificação de fatores de risco, antecedentes clínicos e a validação de planos de parto, elementos cruciais para uma abordagem de cuidado abrangente e personalizado, pois para além da anamnese, é necessária uma visão holística da situação de saúde que levou a mulher à admissão no bloco de partos. O plano de parto reflete as intenções e expectativas do casal acerca das intervenções prestadas, ambiente desejado e cuidados prestados (OE, 2015). A OE (2021, p.1) acerca dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, salienta que cabe ao EEESMO “a avaliação e o diagnóstico das necessidades em cuidados específicas das(os) cliente(s)” e “a identificação dos recursos de saúde e sociais disponíveis”.

Neste contexto, a relação terapêutica ganha uma relevância fundamental. A comunicação ajustada a cada mulher grávida/parturiente e família, através do tom e do vocabulário, ajuda a facilitar a compreensão e a ligação, e espelha os valores socioculturais específicos da pessoa que está a receber os cuidados do EEESMO (Campinha-Bacote, 2011).

A sensibilidade à diversidade linguística e cultural é uma habilidade essencial para os profissionais de saúde, especialmente no contexto do EEESMO. Ao superar as barreiras linguísticas e adaptar a comunicação aos valores socioculturais de cada utente, o EEESMO pode construir uma relação terapêutica mais forte, e promover a compreensão mútua e a eficácia do cuidado (Campinha-Bacote, 2011).

Saliento, contudo, que Portugal, marcado por uma crescente diversidade cultural, ao longo dos últimos anos, impulsionada pela imigração, levanta alguns desafios ao EEESMO, relativamente não só às barreiras linguísticas, mas também face aos valores socioculturais (Santiago et al., 2020).

Estes valores socioculturais da mulher grávida desempenham um papel fundamental na sua experiência durante o trabalho de parto e parto, moldados pelas crenças, tradições e normas culturais, e moldam as expectativas, escolhas e práticas de cuidados de saúde (Bianchini & Kerber, 2010). Durante o EC, pude verificar que uma percentagem significativa das mulheres que ocorriam ao bloco de partos era de nacionalidade estrangeira,

com enfoque na comunidade brasileira e africana. Perante o desafio da barreira linguística, na comunidade africana foi importante munir algumas estratégias como a utilização de tecnologias de tradução automática em tempo real para facilitar a comunicação imediata, ou disponibilizar material informativo na sua língua materna. Segundo uma análise da evolução da população estrangeira em Portugal, verifica-se que a mesma aumentou tendencialmente, ao longo dos últimos 6 anos, sendo o total de 698.887 cidadãos estrangeiros registados até 2021 segundo o Serviço Estrangeiros e Fronteiras (SEF, 2021). Destacam-se como nacionalidades mais representativas o Brasil, Reino Unido, Cabo Verde, Itália, Índia, Roménia, Ucrânia, França, Angola, e China entre outros (SEF, 2021).

Neste âmbito, discuti com a enfermeira cooperante e enfermeira gestora a necessidade de realizar uma sessão de formação para os profissionais de saúde acerca das crenças/costumes das culturas mais prevalentes em Portugal, e das estratégias a utilizar face às barreiras existentes. Esta ideia foi bem aceite por ambas, que salientaram ser uma mais valia para a aquisição de conhecimentos nesta matéria. Nesse sentido, foi apresentado no dia 22 de maio de 2023, uma sessão de formação submetida ao tema “Multiculturalidade, parto e puerpério” (APÊNDICE B) aos EEESMO do bloco de partos com a duração de 10 minutos. No final da mesma, houve um debate de ideias, onde alguns EEESMO partilharam experiências aquando da prestação de cuidados a mulheres com vivências culturais dispares e das maiores dificuldades encontradas. O *feedback* dado pelos EEESMO acerca da sessão de formação foi positivo, pois enaltecera, que lhes conferiu conhecimento e trouxe sensibilidade cultural pois desconheciam as crenças e costumes abordados, e que os levou a compreender as diversas perspetivas culturais relacionadas ao parto e pós-parto. Segundo Reis (2015), a superação dessas barreiras é um passo crucial na busca por cuidados de saúde acessíveis, centrados nas utentes e verdadeiramente globalizados.

Desde o primeiro contacto foi primordial identificar o estado emocional e psicológico da grávida e do acompanhante, pois sendo este um momento único na sua vida, está repleto de expectativas, preocupações e emoções complexas. Durante o EC procurei aprimorar as minhas competências neste âmbito, pois para além do cuidar físico, existe o bem-estar emocional, ao que o EEESMO deve estar muito atento para oferecer um suporte verdadeiramente holístico na visão plena da pessoa como um todo.

No que confere aos princípios éticos e deontológicos é uma bússola moral constante dos meus cuidados, pois a minha responsabilidade profissional, exige um compromisso pelo respeito dos direitos humanos. Em cada decisão, cada intervenção, guiei-me por estes

princípios, garantindo a prática de cuidados obstétricos fundamentados na integridade e no respeito. A abordagem humanizada, guiada por esses princípios, promove uma relação de confiança, essencial para o suporte efetivo (Regulamento nº 140/2019 de 6 de janeiro de 2019).

Uma das atividades propostas para o objetivo acima mencionado passou pela elaboração de registos fidedignos, dos cuidados prestados à mulher. No bloco de partos, onde decorreu o EC, existem vários programas de registo: SClínico, Obscare e Base de dados em movimento, onde mais do que documentar cada intervenção realizada, serve como guia para intervenções futuras. Inicialmente apresentei alguma dificuldade com os vários programas de registo, mas que ao longo das várias semanas, e através de várias estratégias, entre as quais elaborar um mapa de bolso com todas as indicações a seguir, essa dificuldade foi ultrapassada.

Sobre o objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados enquanto EEESMO à grávida/parturiente e acompanhante no primeiro estágio do trabalho de parto”**, a atuação como EEESMO no primeiro estágio do trabalho de parto exige um conjunto robusto de competências cognitivas, técnicas e relacionais para garantir cuidados especializados. Esta primeira fase do trabalho de parto é marcada pelo início das contrações até à dilatação completa do colo do útero (10 cm) e contempla uma fase inicial (latente) e uma fase ativa (Artal-Mittelmark, 2021). A fase latente é marcada pelo início das contrações uterinas até aproximadamente 3-4 centímetros de dilatação do colo do útero, enquanto que a fase ativa ocorre quando a dilatação do colo do útero é de cerca de 4 cm até à dilatação completa (Graça, 2017). A Organização Mundial de Saúde (2018) define que a distinção das duas fases é marcada aos 5 centímetros de dilatação.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica fornecem o enquadramento necessário para orientar as práticas do EEESMO no primeiro estágio do trabalho de parto. Ao integrar esses padrões com as competências necessárias, o EEESMO desempenha um papel relevante na garantia de cuidados especializados que promovem a segurança, o bem-estar e uma experiência positiva para grávida/ parturiente.

Do ponto de vista técnico, o EEESMO deve dominar as práticas de monitorização fetal, avaliação da dilatação cervical (DC) e administração de analgesia adequada. A aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor e a habilidade em reconhecer sinais

de distócias de ombro, hipertonia uterina ou outras complicações exigem perícia técnica refinada. A competência técnica também se estende à utilização de tecnologias, como cardiotocografia, para avaliação contínua da mãe e do feto (OE, 2021).

A antecipação de cenários clínicos é outra competência essencial do EEESMO pois deve ser capaz de prever possíveis desafios durante o trabalho de parto e desenvolver a habilidade de tomar decisões rápidas e fundamentadas com base em evidências científicas. Esta capacidade torna-se especialmente relevante dada a natureza dinâmica e imprevisível do processo de parto (OE, 2021).

No âmbito desta competência, foi importante reconhecer o primeiro estágio do trabalho de parto, como uma fase crucial e dinâmica. Isso implica a realização de uma avaliação minuciosa, observação das mudanças na dilatação cervical, frequência e intensidade das contrações, essenciais para uma intervenção precisa. Aqui a maior dificuldade foi por vezes mensurar em centímetros a dilatação cervical e perceber a variedade fetal. Como estratégia, havia no bloco de partos um painel com várias circunferências que permitiam simular a evolução de uma DC. Elaborei ainda um diagrama de dilatação em papel para facilitar a aprendizagem.

Durante o primeiro estágio do trabalho de parto o pilar do conhecimento foi assente na identificação e monitorização do risco materno-fetal, em constante avaliação, das possíveis complicações inerentes ao avanço do trabalho de parto. Para além da observação constante do cardiotocógrafo, a qual não é totalmente abrangente na avaliação dos riscos, uma vez que não fornece dados detalhados sobre a oxigenação fetal, movimentos do feto e outras variáveis importantes, a observação direta da progressão do trabalho de parto e a avaliação do estado emocional da mulher grávida foram cruciais para a resposta às intervenções realizadas. A mulher pode experimentar excitação ou ansiedade durante o trabalho de parto e parto, sendo vital que o EEESMO ofereça segurança, tranquilidade e informações claras sobre as várias fases desse processo (OE, 2015). Essa visão multifacetada assegura uma compreensão holística e precisa, e permite uma tomada de decisão informada e cuidados obstétricos eficazes. Isso é de extrema importância, pois a mulher ao ser informada, acerca de todos os procedimentos a realizar, em que dá o seu consentimento para a sua realização, sente que os seus direitos são respeitados. A comunicação e a linguagem são fundamentais na abordagem do EEESMO pois “as palavras selecionadas para abordar uma Mulher em trabalho de parto podem ser facilitadoras ou dificultadoras de todo o processo” (OE, 2015, p.40). No bloco de partos observei a prática

de intervenções desnecessárias, como o toque vaginal rotineiro, em que vários profissionais observaram a mulher, e por vezes não informavam do procedimento a realizar. Algumas vezes enquanto estudante senti-me inibida de realizar o toque vaginal à mulher, mesmo sabendo que era essencial para a minha aprendizagem, depois de vários profissionais já o terem feito. A OE (2021) assente nos princípios emanados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a gravidez e o parto devem ser encarados como eventos naturais, e que os cuidados devem ser prestados às mulheres com respeito, privacidade, dignidade e confidencialidade com o mínimo de intervenções possíveis.

A colaboração com outros profissionais de saúde foi essencial para garantir uma abordagem multidisciplinar em lidar com situações que requerem conhecimento especializado. Ao integrar os conhecimentos de diversas áreas, otimizei o cuidado à mulher grávida. Esta troca de experiências e habilidades entre a equipa permitiu uma compreensão mais abrangente e a resolução eficiente de desafios complexos. No local onde se desenvolveu o EC foi possível estabelecer a ligação entre os vários profissionais de saúde: enfermeiros, obstetras, anestesistas, pediatras. A meu ver os EEESMO desempenham um papel central, sendo catalisadores da interligação entre os vários profissionais da equipa de saúde multidisciplinar. A sua atuação é essencial na coordenação dos cuidados, garantindo uma comunicação eficiente entre os diferentes profissionais envolvidos durante o trabalho de parto e parto. O conhecimento especializado dos enfermeiros proporciona uma visão abrangente do processo de parto, permitindo uma atuação proactiva e preventiva.

A colaboração estreita com obstetras enriqueceu do meu óculo, a abordagem clínica, combinando o conhecimento específico de ambas as profissões para promover cuidados personalizados. Sempre que possível, eu promovia essa interação e troca de saberes científicos e técnicos. No que confere à presença dos anestesistas, colaborei com os mesmos de forma a assegurar a segurança e o conforto da grávida durante os vários procedimentos de anestesia: epidural, raquianestesia, anestesia epidural contínua (PCEA). Cabe ao EEESMO o papel vital na avaliação da dor junto da mulher grávida, a monitorização materno-fetal durante a administração da anestesia e o acompanhamento após o procedimento. Quanto à intervenção interdependente entre o EEESMO e o pediatra, no bloco de partos, esta foi colaborativa e essencial para garantir uma transição segura do nascimento para os cuidados neonatais. Ambos desempenham papéis distintos, mas complementares, e visam o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

A perspectiva da mulher grávida sobre o seu parto é central, por isso cada vez mais, as mulheres apresentam um plano de parto, onde refletem as suas expectativas, desejos e preocupações durante o processo de parto. Neste plano incluem as suas escolhas sobre métodos de alívio da dor, ambiente de parto, intervenções médicas e outros aspetos personalizados como o desejo do corte do cordão umbilical pelo acompanhante ou pela própria, o contato pele-a-pele com o Recém-nascido, ou a amamentação na 1^o hora de vida. Esta participação ativa da grávida na elaboração do plano de parto fortalece o seu sentido de controle e autonomia, capacitando-a durante esta fase de transição: o nascimento de um filho. Quando envolvida na tomada de decisões, a mulher grávida torna-se uma parceira ativa no seu próprio cuidado, e molda a sua perceção da experiência vivenciada (OE, 2015).

Deste modo, era sempre que possível implementado o plano de parto trazido pela mulher grávida, desde que asseguradas as intervenções de qualidade e risco controlado. Mesmo quando esta não se fazia acompanhar de plano de parto, eu incentivava-a a manifestar as suas preferências para que tivesse uma experiência positiva, indo ao encontro do preconizado pela OE (2015, p. 40) “quando a mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas serão suportadas” Depois de compreendidas as suas preferências, expectativas e preocupações, era, contudo, realçado que durante a evolução do trabalho de parto poderiam existir necessidades de ajuste ao mesmo. A vantagem desta abordagem reside na flexibilidade para ajustar o plano de parto conforme a evolução do trabalho de parto e a monitorização materno-fetal, e permite uma resposta dinâmica às necessidades emergentes, otimizando assim a experiência de parto e garantindo o bem-estar tanto da mãe quanto do feto.

Destaco, que algumas intervenções do EEESMO e embora da preferência da mulher grávida, não eram práticas no bloco de partos, como possibilitar a deambulação da grávida, mesmo existindo dispositivos sem fios para monitorização, ou o uso da bola de pilates para alívio não farmacológico da dor, entre a alimentação que era condicionada à mulher. A OMS (2018), preconiza que mulheres com gravidez de baixo risco podem deambular no primeiro estágio do trabalho de parto. Esta recomendação visa promover uma abordagem menos intervencionista, respeitando a fisiologia do parto espontâneo; desencoraja a aplicação contínua de intervenções, e reconhece a importância de permitir que o processo se desenrole naturalmente. Além disso, a deambulação da grávida no 1^o estágio do TP procura otimizar a experiência do parto, e proporcionar um ambiente mais favorável à adaptação da mulher, sem comprometer a segurança, e contribui para práticas baseadas em evidências e cuidados

centrados na utente (OE, 2021). No que confere à ingestão de alimentos líquidos e sólidos durante o início do primeiro estágio do trabalho de parto na gravidez de baixo risco, a OMS (2018), recomenda fornecer nutrição adequada, para manter a energia materna para enfrentar o processo do parto, pois a ingestão de alimentos contribui para a satisfação das necessidades nutricionais da grávida, sem comprometer a segurança, e por outro lado, o jejum prolongado pode resultar em situações de hipoglicemia e cetose. Palmer & Jiang (2022), referem que essas condições podem reduzir a atividade uterina e conduzir a um parto instrumentado. Para Gonzalez et al., (2021), os procedimentos como a restrição de ingestão de água e alimentos durante o trabalho de parto continuam a ser frequentemente executados de maneira inadequada. A OE (2015, p. 43) refere que “para a maioria das mulheres com trabalho de parto normal, é apropriado oferecer água, chá, sumos sem resíduos e alimentos com poucos resíduos e gordura”.

Outra prática observada no bloco de partos foi por vezes a realização da amniotomia sem critério ou sem uma justificativa médica específica. A OE (2015) estabelece que a integridade da bolsa amniótica deve ser mantida até que existam critérios clínicos rigorosos para a sua rotura, o que requer avaliação cuidadosa prévia, sendo crucial que a mulher participe ativamente na decisão, sendo plenamente informada sobre a intervenção (OE, 2015).

Um dos meus focos centrou-se na promoção de um ambiente calmo e seguro, pois compreendo que a atmosfera no local de parto exerce um impacto significativo no bem-estar emocional da grávida e do feto. Assim, procurei criar um espaço tranquilo, com baixa intensidade luminosa, minimizar ruídos, minimizar fatores de stress. A promoção da comunicação eficaz é uma extensão natural deste ambiente acolhedor, pelo que tive o cuidado de explicar os procedimentos detalhadamente, assente no consentimento informado da grávida e da compreensão em cada etapa do processo (OE, 2015). Como estratégias não farmacológicas no controle da dor usei a musicoterapia, instruí sobre a respiração mais adequada, promovi a alternância de decúbito para conforto, procedi à colocação de compressas quentes na zona do períneo ou do saco de gel aquecido para alívio de lombalgias que se revelaram eficazes nalgumas situações.

Durante esta fase prestei informações à mulher grávida, e ao acompanhante sobre o processo de parto, procedimentos e etapas envolvidas. O acompanhante, experiencia uma mistura intensa de emoções e sente-se por vezes excluído do processo de parto, pelo que foi

necessário oferecer suporte emocional, reconhecer as suas emoções e proporcionar um ambiente acolhedor de forma a esclarecer as suas dúvidas e preocupações.

No que confere ao objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados enquanto EEESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no segundo estágio do trabalho de parto”**, esta fase, é caracterizada pela dilatação completa do colo do útero até ao momento da expulsão do feto e demanda uma abordagem sensível e habilidades específicas para garantir uma transição segura para o nascimento (Artal-Mittelmark, 2021).

As competências técnicas do EEESMO no segundo estágio do trabalho de parto são abrangentes e englobam desde a avaliação do progresso do parto até a assistência ativa durante a fase expulsiva. Ao realizar exames vaginais para avaliar a posição e a descida fetal, o profissional está apto a oferecer suporte durante os períodos de contração. Adicionalmente, o EEESMO aplica técnicas para minimizar a dor e facilitar a progressão do parto, habilidades técnicas fundamentais para proporcionar um cuidado eficiente (OE, 2015).

No segundo estágio do trabalho de parto, monitorizei os sinais vitais da grávida, bem como a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas; realizei exames vaginais para avaliar o progresso do parto, a posição do feto e a dilatação cervical; ofereci suporte emocional à grávida, incentivando-a e tranquilizando-a durante o processo; ajudei a facilitar a descida fetal, orientando a grávida sobre as posições mais favoráveis e incentivando-a a empregar técnicas de respiração adequadas; estive atenta a sinais de complicações, como distócia de ombro, e forneci cuidados perineais para minimizar o risco de lacerações, fazendo intervenções apropriadas conforme necessário, tais como massagem perineal.

Neste prisma, é fundamental que o EEESMO esteja preparado para intervir em casos de emergência, como prolapso de cordão ou distócia de ombros, demonstrando proficiência técnica em manobras corretivas. A integração dessas habilidades técnicas ao longo do segundo estágio do trabalho de parto destaca a importância do EEESMO como um agente capacitado e essencial no acompanhamento seguro e eficaz desse processo fundamental (OE, 2015)

Durante o EC clínico apenas ocorreu uma situação de distócia de ombros, em que a rápida atuação do enfermeiro orientador foi crucial para superar esse desafio. Primeiramente foi necessário manter a calma e posicionar a grávida de maneira a facilitar a libertação dos ombros do feto, em que foi utilizada a manobra obstétrica de McRoberts, que consiste na abdução dos membros inferiores em conjunto com a manobra de Rubin, que consiste na

aplicação de pressão suprapúbica (Marques & Reynolds, 2011). Com rapidez e habilidade, o desfecho foi seguro para ambos e preveniu complicações graves para a mãe e o recém-nascido.

A gestão de um parto requer uma série de avaliações e procedimentos cuidadosos para assegurar o bem-estar da mãe e do feto. É essencial avaliar a estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, e antecipar eventuais complicações. Além disso, identificar a posição mais confortável para a parturiente, que facilite a descida segura da cabeça fetal, desempenha um papel crucial nesse processo. De acordo com Ramos & Cardoso (2022) a posição da mulher durante o trabalho de parto afeta a adaptação anatômica e fisiológica, pelo que posições verticais, sentar no banco de parto ou ficar de cócoras, oferecem vantagens e promovem maior mobilidade. Assim, encorajar a grávida a escolher posições mais confortáveis em detrimento da posição deitada é benéfico, pois promove não apenas maior conforto materno, mas também facilita a progressão do trabalho de parto e contribui para uma circulação uteroplacentária adequada para o bem-estar fetal.

Durante o EC, foi possível realizar partos em posição lateral e posição de litotomia, sendo que a última era a posição mais frequente adotada. Para Boaviagem et al. (2019), a posição de litotomia acresce alterações fisiológicas que resultam numa progressão mais lenta do trabalho de parto, em que a ação da força gravitacional no sentido do canal de parto, aumenta a possibilidade de compressão dos grandes vasos abdominais, como a artéria aorta abdominal e a veia cava, comprometendo o fluxo sanguíneo para o feto e para a mãe. Além, do mais, essa postura limita a mobilidade pélvica, e dificulta a passagem do feto, ao manter a sacro da mulher fixa ao leito. Segundo a OE (2015, p. 44) “A posição de litotomia reduz a perfusão placentar e conseqüentemente reduz a oxigenação do feto e também a qualidade da dinâmica uterina, pelo que esta deve ser a última opção” enquanto que a posição lateral apresenta alguns benefícios.

Recordo-me de uma situação em particular, em que a mulher insistiu para parir em posição de 4 apoios, e a médica que estava a realizar o parto, não permitiu dado que ela própria não tinha aprendido a realizar o parto assim. Para Navarro-Prado et al., (2022), dado o leque cada vez mais abrangente na forma de assistir o parto, há que considerar a necessidade de deixar de lado as próprias construções enquanto profissionais de saúde e abrir a porta ao conhecimento. Assim a formação dos profissionais de saúde sobre as diversas posições adotadas durante o parto é essencial para oferecer opções diversificadas e centradas na mulher. Ao entender as implicações fisiológicas e emocionais dessas posições, os

profissionais podem proporcionar suporte personalizado. A inclusão desses conhecimentos na formação promove uma abordagem mais holística, melhora a experiência do parto e contribui para resultados positivos na saúde materna e neonatal. A OMS (2018) destaca a importância de proporcionar à mulher a liberdade de escolher a posição que mais lhe convenha durante o TP, tanto no primeiro como no segundo estágio, e desencoraja a posição em decúbito dorsal de forma prolongada, pois o uso rotineiro dessa posição durante o TP é vista como prejudicial ou ineficaz.

A par com a posição do parto, a equipa de saúde deve identificar as condições ideais para realizar os esforços expulsivos. Isso inclui uma avaliação constante do padrão respiratório da parturiente durante os esforços, de forma a identificar a sua eficácia, sem contudo, comprometer os períodos de descanso entre as contrações (OE, 2015). Observei que os puxos excessivos e prolongados continuam a ser utilizados com frequência no bloco de partos, os quais levavam a uma exaustão na mulher grávida. Segundo Lopes et al. (2019), é importante incentivar a parturiente a realizar puxos espontâneos, em vez de direcionados. Estimular puxos espontâneos contribui para um processo natural e minimiza o risco de complicações associadas ao uso excessivo de manobras invasivas, como a manobra de valsava, que envolve segurar a respiração e fazer força. Essa manobra leva a um aumento na pressão intra-abdominal e é considerada desnecessária e prejudicial, que utilizada de maneira inadequada, pode resultar em lesões perineais e causar traumas físicos e psicológicos significativos para a mulher (OE, 2015).

A avaliação contínua do bem-estar materno-fetal é uma prioridade, garantindo que ambos estejam em condições ótimas. A administração de oxitocina, conforme prescrito, pode ser necessária para otimizar as contrações e o progresso do trabalho de parto. A equipa de saúde deve estar atenta às intervenções necessárias à medida que o trabalho de parto evolui, ajustando os cuidados para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto (OE, 2015)

A decisão de realizar uma episiotomia, se necessária, deve ser cuidadosamente avaliada, e o consentimento da parturiente deve ser obtido. Embora prática comum noutros tempos, atualmente a sua utilização tem sido questionada devido aos benefícios/desvantagens associados. Segundo a OMS (2018), ainda persistem procedimentos habituais, como a episiotomia, que por vezes se revela ineficaz, e que impacta negativamente a experiência do parto e prejudica a autonomia da mulher. Não obstante, em certas circunstâncias, e como resultado da sua não utilização, pode resultar em lacerações

graves no períneo. Relativamente à necessidade dessa intervenção, na ótica dos benefícios, esta facilita a passagem do feto durante o parto e previne lacerações espontâneas mais extensas. Já na perspetiva das desvantagens apresentadas, esta pode prolongar o período de recuperação pós-parto, causando desconforto e dor na área incisada e podem ocorrer complicações associadas à mesma, como infeções, hemorragias ou desconforto persistente. Assim, dentro dos conhecimentos apreendidos na teoria e aprendizagem durante o EC, em conjunto com a enfermeira orientadora eu avaliava a elasticidade do períneo, e utilizava técnicas para diminuir o trauma perineal, tais como a massagem perineal, aplicação de compressas quentes, e proteção perineal. Oğlak e Obut (2020) num estudo realizado, concluíram que a massagem perineal diminui o risco de lacerações, sendo que as mulheres que beneficiaram destas medidas apresentavam um maior número de períneos íntegros. Faten e Elsebeiy (2018) argumentam que a prática da massagem perineal está associada a uma redução substancial do risco de laceração perineal e da necessidade de episiotomia. Jiang et al. (2017) mencionam que estratégias como a aplicação de compressas quentes, a variação das posições de parto são abordagens destinadas a diminuir ou mesmo evitar lacerações obstétricas graves. Neste prisma, apenas realizava a episiotomia em última instância, e somente mediante informação e consentimento da mulher. Houve algumas vezes que a enfermeira orientadora, levou-me a refletir sobre a sua realização, e os critérios para a preservação da integridade do períneo.

A extração fetal são passos críticos que demandam que o EEESMO apresente habilidade técnica, por forma a minimizar complicações e a garantir um nascimento seguro. Em paralelo, a estimulação verbal desempenha um papel significativo, ao encorajar a grávida a realizar esforços expulsivos eficazes. Este apoio emocional e motivacional durante essa fase é essencial para a experiência positiva do parto. A abordagem calma como o EEESMO aborda a situação ajuda a mulher a sentir-se confiante e apoiada (OE, 2015).

Durante o EC houve situações de grande envolvimento por parte da equipa de saúde, em que vários profissionais motivavam a grávida e orientavam a eficácia da respiração com o momento da contração, para uma descida mais eficiente do feto no canal de parto. Numa abordagem holística, a equipa de saúde deve estar constantemente atenta à evolução dinâmica do trabalho de parto, e ajustar as estratégias conforme necessário (OE, 2015).

Em suma, a condução do trabalho de parto é um processo complexo que demanda uma abordagem integrada e centrada na parturiente. A avaliação contínua, a adaptação às necessidades individuais, e a execução habilidosa de procedimentos são elementos-chave

para assegurar um parto seguro. O EEESMO é desafiado a relacionar o seu conhecimento, com as habilidades técnicas e competências relacionais de maneira sinérgica. Ao fazer isso, contribui não apenas para a segurança física da grávida e do RN, mas também para uma experiência de parto positiva e centrada nas necessidades individuais de cada mulher e acompanhante (OE, 2015).

Quanto ao objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados enquanto EEESMO à grávida/ parturiente e acompanhante no terceiro estágio do trabalho de parto”**. **Este estágio é caracterizado pela dequitação, e decorre desde a exteriorização do feto até à saída da placenta, e demanda um conjunto de competências específicas ao EEESMO, para garantir um cuidado de qualidade e proporcionar uma experiência segura para a mulher grávida**. A dequitação, seja espontânea ou manual, refere-se ao desprendimento da placenta do útero após o parto (OE, 2015).

Em termos cognitivos, o EEESMO deve possuir um profundo conhecimento sobre as fases do terceiro estágio do trabalho de parto, e compreender as mudanças fisiológicas e emocionais que ocorrem tanto na mulher quanto no feto.

A atuação do EEESMO estende-se além da dequitação, e inclui a avaliação imediata do recém-nascido e a implementação de medidas fulcrais para a sua adaptação à vida extrauterina. Nessas ações, cabem a clampagem tardia do cordão umbilical, uma prática que ganha cada vez mais ênfase, pela sua associação com benefícios para o recém-nascido. O atraso na clampagem permite que o bebé receba uma quantidade adicional de sangue rico em ferro, o que contribui para a prevenção da anemia e fortalece as reservas de ferro nos primeiros meses de vida (Souza et al., 2021). Outro aspeto relevante é a promoção da participação ativa do acompanhante ou puérpera no processo de corte do cordão umbilical. Essa prática contribui para fortalecer os laços familiares, e proporciona um momento significativo e participativo no nascimento do seu filho (Nogueira e Ferreira, 2012). O EEESMO, ao incluir o acompanhante nesse processo, promove uma abordagem centrada na família e respeita os desejos e escolhas da parturiente.

Outro aspeto importante é a identificação dos sinais de descolamento ou retenção da placenta. Segundo a OE (2015, p. 45) **“A Mulher deve estar confortável e com elevação de no mínimo 450 °, para favorecer o descolamento da placenta através do seu peso”**. O descolamento prematuro da placenta pode resultar em complicações sérias, como hemorragia e comprometimento da oxigenação fetal. A habilidade do EEESMO em

reconhecer prontamente esses sinais é essencial para uma intervenção imediata, seja por meio da realização da dequitação espontânea ou pela colaboração na dequitação manual.

Durante o EC aguardei pelos sinais de descolamento da placenta, apoiei a sua expulsão através de movimentos circulares para auxiliar na saída completa das membranas sem movimentos rápidos e vigiei a perda de sangue. “Este processo espontâneo acontece em 10 minutos a 1 hora, com uma média de 13 minutos” (OE, 2015, p. 46). Após a dequitação, verifiquei a contração do útero e avaliei a quantidade de sangue perdido. Examinei rigorosamente a placenta e as membranas para garantir que todas as estruturas estavam completas e que não ficaram retidas dentro do útero. Em seguida, observei criteriosamente o períneo e observava as lesões perineais existentes. Em pelo menos duas vezes existiu retenção de membranas, pelo que assisti à realização da revisão manual intrauterina realizada pela equipa médica. O EEESMO “assume, ainda, a responsabilidade pela deteção precoce de complicações e referenciação atempada para o profissional competente, nomeadamente no que se refere a complicações da gravidez, do trabalho de parto e do pós-parto, complicações fetais e neonatais, complicações ginecológicas, entre outras” (OE, 2021, p. 7).

A avaliação da integridade da placenta e do cordão umbilical são uma parte essencial do cuidado pós-parto. Anomalias nesses órgãos podem ter implicações significativas para a saúde da mãe e do RN. A avaliação de perdas sanguíneas é importante para identificar qualquer sinal de hemorragia, garantindo uma intervenção imediata se necessário (OE, 2015). Em duas situações tiveram que ser administrados uterotónicos por via intramuscular uma vez que não estava a ser possível conter a hemorragia. Numa das situações, refleti com a equipa, sobre a necessidade da administração imediata da oxitocina intramuscular e sobre a responsabilidade colossal que o EEESMO detém sobre a vida de alguém, que num momento imprevisto pode levar a complicações sérias. “As orientações para a condução ativa da dequitação incluem a administração rotineira de uterotónicos com vista a reduzir o risco de hemorragia” (OE, 2015, p. 46). Esta etapa é crucial para prevenir hemorragias pós-parto e garantir a recuperação adequada do útero. Também a massagem na região supra púbica após a expulsão da placenta é uma prática comum para auxiliar nesse processo, pois estimula as contrações uterinas e promove a contração muscular, o que ajuda a prevenir a retenção placentária.

Tive ainda a possibilidade de proceder à reparação do períneo, quer no seguimento de episiotomia ou laceração. Durante algum tempo essa foi uma das dificuldades sentidas, posso afirmar que a episiorrafia foi desafiadora e requereu habilidade técnica, pois demanda

uma atenção minuciosa aos detalhes anatómicos, uma vez que cada situação apresenta as suas particularidades. Segundo a OE (2015) o EEESMO deve possuir habilidades para realizar a reparação do períneo, com vista a melhorar o estado pós-parto da mulher. Essa intervenção previne problemas físicos, psicológicos, sexuais e sociais. Durante esse procedimento, a pressão emocional é significativa, pois a mulher está sensível e ansiosa quanto ao resultado da intervenção, pelo que a abordagem deve ser sensível e cuidadosa durante todo o procedimento. Assim, eu explicava o procedimento a realizar, e ia comentando à medida que suturava de forma a descansar a mulher. Segundo a OE (2015), o EEESMO precisa reconhecer que a sutura perineal é um momento de ansiedade para a mulher e que pode ser experienciado como traumático. “A Mulher deve estar confortável e convenientemente anestesiada, caso não esteja sob o efeito de analgesia epidural deve proceder-se a uma correta anestesia local do períneo (OE, 2015, p.46). Nesse sentido observei algumas vezes a necessidade de anestésiar os nervos pudendos, mas não tive a oportunidade de realizar o procedimento. O procedimento de bloqueio pudendo consiste na administração de anestésico local através das paredes vaginais, de modo a envolver o nervo pudendo no ponto da sua interseção com a espinha isquiática, e que resulta na anestesia da região inferior da vagina, do períneo e da vulva posterior (Artal-Mittelmark, 2021).

A avaliação da integridade do canal de parto e a aplicação de técnicas de reparação são passos cruciais, sendo importante que o EEESMO esteja ciente de suas limitações e referencie situações que ultrapassem a sua área de atuação para garantir a continuidade do cuidado adequado, assim sempre que tinha dúvidas ou dificuldades, eu expunha ao EEESMO que estava a orientar. No final da episiorrafia, procedia à realização de exame vaginal para confirmar a inexistência de compressas como prática preventiva, para assegurar que nenhum objeto estranho ficou inadvertidamente no canal de parto. Por vezes, na situação de partos difíceis, e dada a pressão excessiva sobre os tecidos perineais, incluindo o reto, eu procedia, também ao despiste de lacerações não visíveis, como medida adicional.

Por fim, realizava educação à puérpera, acerca da higiene perineal, prevenção de infeções, e prestava informações sobre quando realizar a consulta de revisão pós-parto e início das relações sexuais.

No objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados enquanto EEESMO à puérpera e acompanhante no quarto estágio do trabalho de parto,** o final do TP corresponde à quarta fase e compreende o período de aproximadamente duas horas

(puerpério imediato), após o parto (Artal-Mittelmark, 2021). Este período está descrito na literatura como período *greenberg* e demanda a supervisão da puérpera e do RN em relação à sua adaptação à vida extrauterina (Luzia & Eduarda, 2023). Neste sentido, eu avaliei os sinais vitais da puérpera a seguir ao parto, sempre que necessário, para assegurar a sua estabilidade hemodinâmica, de forma a identificar qualquer sinal de complicações clínicas que necessitassem de intervenção imediata. Durante esta fase vigiei o tônus uterino, as perdas hemáticas e estimulei o esvaziamento vesical. Após duas horas, que era o tempo de permanência no bloco de partos até a puérpera ir para o internamento, o períneo foi novamente observado e confirmado o globo de segurança de Pinard. O cateter da epidural era removido e mantidos apenas os cateteres venosos periféricos com soroterapia em perfusão.

Esta etapa destaca-se pela fase de recuperação física da puérpera, sendo essencial proporcionar conforto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, com prioridade para a privacidade e a harmonia. É crucial apoiar a mulher e o convivente significativo na vinculação, auxiliando-os no processo de transição e adaptação à parentalidade.

No que concerne ao objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados em EEESMO na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina”** a prestação de cuidados de enfermagem especializados desempenha um papel fundamental na otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Uma das competências essenciais é a avaliação imediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte durante a transição para a vida fora do útero. Isso inclui a monitorização cuidadosa dos sinais vitais, a verificação da permeabilidade das vias respiratórias e a garantia de uma temperatura corporal estável. Caso se verifiquem sinais de complicações à adaptação extrauterina, o EEESMO deve estar preparado para intervir prontamente, se necessário, para assegurar uma adaptação suave e eficaz ao mundo exterior. Isso exige um conhecimento sólido das técnicas de reanimação neonatal, incluindo a administração de ventilação, compressões torácicas e a administração de medicamentos, se necessário. A capacidade de tomar decisões rápidas e eficazes pode ser a diferença entre a vida e a morte, destacando a importância do desenvolvimento contínuo de competências técnicas. Durante o EC, existiram algumas situações de emergência, em que a adaptação do RN à vida extra-uterina foi inadequada. Nessas situações foi importante a atuação de toda a equipa multidisciplinar. Numa situação em particular, o RN aspirou mecónio durante o parto, pelo que aspiração imediata das vias aéreas foi crucial para evitar

complicações respiratórias, seguida da reanimação, e transferência para os cuidados de Unidade de Cuidados Especiais Pediátricos (UCEP) para monitorização. Neste sentido, a coordenação eficaz com outros profissionais de saúde foi vital, pois assegurou uma resposta integrada da prestação de cuidados.

Numa visão de promoção do vínculo entre mãe e RN, é importante, que os profissionais de saúde incentivem a aproximação imediata entre a mãe e o RN após o parto, através do contato pele-a-pele e da amamentação na 1ª hora de vida que deve manter-se por um período superior a uma hora (OE, 2015).

O contato pele-a-pele é uma intervenção significativa que traz benefícios substanciais tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2016), refere que o contato pele-a-pele representa benefícios essenciais tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, onde se incluem a promoção da tranquilidade e relaxamento para ambos, a regulação da frequência cardíaca e respiratória do bebé, a regulação da temperatura corporal e a introdução das bactérias essenciais que proporcionam defesa contra infeções e na mãe a libertação de hormonas como a ocitocina, prolactina, endorfinas que apoiam a amamentação e o estabelecimento de uma ligação emocional saudável entre a mãe e o recém-nascido. Assim, durante a vigilância pré-natal abordei a mulher/acompanhante sobre os benefícios do contato direto e contínuo pele-a-pele, e início do aleitamento materno na 1ª hora de vida, se desejo da mulher. Verificava que algumas mulheres apresentavam dificuldades na amamentação, pelos mais variados motivos como a posição inadequada do bebé para se alimentar, baixos reflexos de sucção e deglutição do bebé, por dor nos mamilos ou pega inadequada, ou fatores emocionais, como ansiedade e stress, que afetavam negativamente a resposta hormonal, impactando a experiência da amamentação. Por vezes a mulher ainda não tinha colostro nas primeiras horas pós-parto, o que lhe causava alguma insegurança e medos. Foi necessário desmistificar alguns mitos acerca da ideia pré-concebida de leite fraco, impuro ou insuficiente, e apoiar a mulher nessa fase, onde prestava orientações personalizadas sobre a amamentação, garantindo que esta se sentia apoiada e confiante nesse momento.

Segundo Abdala e Cunha (2018), é necessário reconhecer a singularidade de cada experiência de amamentação e entender que as dificuldades podem variar. O acesso a suporte adequado, informações e compreensão das nuances da amamentação podem ser elementos-chave para superar esses desafios iniciais e estabelecer uma conexão saudável e bem-sucedida entre a mãe e o bebé durante o processo de amamentação.

Cabe ainda ao EEESMO a promoção da vinculação entre o pai e/ou conviventes significativos e o recém-nascido, através do cultivo de um ambiente propício para o fortalecimento dos laços familiares desde os primeiros instantes de vida do bebé. Este apoio inclui a promoção do contacto pele a pele, incentivo à participação ativa nos cuidados ao recém-nascido. Assim durante o EC, entre outros aspetos, incentivava o pai a participar ativamente, quer através do colo, do toque, e da prestação dos cuidados, como vestir a roupa, trocar a fralda. Numa situação em particular, não foi possível o RN fazer o contato pele-a-pele com a mãe, pelo que o pai desabotoou a camisa e promoveu esse contato.

Segundo Nogueira & Ferreira (2012), no decorrer do trabalho de parto e parto, os pais sentem-se impotentes perante o desconhecido e manifestam sentimentos de ansiedade, inutilidade e desamparo. A ansiedade emerge naturalmente diante da incerteza e da preocupação com o bem-estar da parceira e do bebé, que aliada à pressão emocional associada ao ambiente hospitalar podem intensificar esses sentimentos. A sensação de inutilidade, por sua vez, pode surgir da perceção de que o pai tem um papel secundário ou menos ativo durante o processo de parto. O desamparo é decorrente da natureza imprevisível do trabalho de parto.

Durante o EC pude observar essas alterações nos pais, e reações inesperadas, como sensação de desmaio ou manifestações emocionais intensas, como expressar insatisfação, descontentamento ou discordância com os profissionais de saúde, sendo que alguns abandonaram inclusive a sala de partos. Essas ocorrências são compreensíveis dada a natureza emocionalmente carregada desse evento. Neste âmbito entendo que é essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com uma variedade de reações emocionais por parte dos pais durante o parto. A empatia, comunicação eficaz e a prestação de informações claras sobre o processo podem ajudar a acalmar a ansiedade e a mitigar reações adversas, reduzindo assim a sensação de inutilidade. Ribeiro et al., (2015) referem que a equipa de saúde deve informar o pai sobre o progresso do trabalho de parto e parto, esclarecer procedimentos, responder a dúvidas e atender às necessidades específicas do casal, o que contribui para uma experiência mais inclusiva.

Em suma, o EEESMO desempenha um papel vital na prestação de cuidados de enfermagem especializados durante o período crucial da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. O desenvolvimento contínuo de competências cognitivas, técnicas e relacionais é essencial para garantir a segurança, o bem-estar e o sucesso da transição para a vida fora do útero. A abordagem holística e interdisciplinar, aliada à promoção de um ambiente

acolhedor e à implementação de medidas de suporte imediatas, são fundamentais para fornecer cuidados de enfermagem de qualidade neste contexto especializado.

Face ao objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio da gestão de cuidados”**, pressupõe o desenvolvimento de competências cognitivas no contexto da melhoria contínua da qualidade e exige uma compreensão profunda das complexidades envolvidas no bloco de partos. Inclui o conhecimento aprofundado da fisiologia do parto, das intervenções obstétricas, das potenciais complicações e da gestão de situações de emergência.

Neste ponto de vista, a minha compreensão sobre a metodologia e organização específica do bloco de partos, foi essencial para proporcionar cuidados eficazes e seguros. Foi importante nas primeiras semanas pesquisar sobre as normas e os procedimentos internos, acerca da fisiologia do trabalho de parto e parto, intervenções obstétricas, potenciais complicações e gestão de situações de emergência, dotações seguras, medicação mais frequentemente utilizada e orientações para a sua administração, gestão de stocks, articulação com a equipa multidisciplinar. Esta análise crítica permitiu identificar áreas de melhoria e implementar mudanças positivas durante o EC. Considero que adjacente a esta competência, o facto de ter participado em simulações de cenários clínicos, foi uma mais valia, de forma a treinar habilidades, de uma maneira controlada e a preparar-me para situações desafiadoras, como situações hipotéticas da evolução do trabalho de parto e parto e prestação de cuidados imediatos ao RN.

No que diz respeito à gestão de recursos, colaborei na gestão de materiais e assegurei a reposição adequada. Essa abordagem visou garantir não só a continuidade dos serviços de forma responsável, e otimizar o uso de recursos, mas também contribuir para uma prestação de cuidados mais eficaz e eficiente, de forma a garantir a segurança dos procedimentos no momento adequado. Uma das aprendizagens que assimilei ao longo do EC, foi a verificação semanal do carro de emergência. Esta verificação regular é crucial pois assegura que todos os equipamentos, medicamentos e instrumentos essenciais estejam prontamente disponíveis e em condições operacionais para dar resposta em situações críticas.

Observar e colaborar com a enfermeira cooperante/ enfermeira gestora do serviço fortaleceu a comunicação dentro da equipa e contribuiu para uma abordagem mais holística na prestação de cuidados, numa visão mais alargada sobre o papel vital na garantia da qualidade, segurança e eficiência dos cuidados obstétricos. Entendo que a gestão dos cuidados de enfermagem no bloco de partos vai além da execução de tarefas, significa

também, otimizar a resposta da equipa à luz da compreensão profunda das competências individuais de cada um dentro da equipa. Ser líder envolve a liderança, coordenação e adaptação a situações dinâmicas.

Em resumo, desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais no âmbito da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados no bloco de partos é essencial para proporcionar uma prestação de cuidados eficaz, segura e centrada no paciente. A compreensão aprofundada da metodologia e organização, aliada à gestão eficaz de recursos materiais, técnicos e humanos, é fundamental para enfrentar os desafios dinâmicos associados ao ambiente do bloco de partos. A colaboração ativa, a observação constante e a adaptação às melhores práticas são elementos-chave para promover uma cultura de melhoria contínua e excelência na prestação de cuidados obstétricos (Regulamento nº 140/2019 de 6 de janeiro de 2019).

Quanto ao objetivo **“Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais do domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais desenvolvendo capacidade de reflexão e autoavaliação sobre os cuidados prestados ao longo do estágio, perspetivando uma melhoria contínua”**, entendo que o desenvolvimento destas competências é essencial para assegurar a prestação de cuidados de saúde eficazes e humanizados, enquanto EEESMO.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2021), a visão dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assenta em três pilares fundamentais: a competência profissional; a prática baseada na evidência e o respeito pelo (a) cliente dos cuidados. Relativamente à competência profissional esta “engloba o domínio da prestação e gestão dos cuidados especializados, da responsabilidade profissional, ética e legal, e do desenvolvimento profissional contínuo, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do prestígio social da profissão” (OE, 2021, p1).

A utilização da evidência científica como suporte à prestação de cuidados é uma prática vital, onde o EEESMO apoia as suas decisões e intervenções em evidências atualizadas, promovendo uma abordagem fundamentada e alinhada com as melhores práticas clínicas (OE, 2021).

Priorizar uma abordagem centrada na pessoa, assegura a qualidade e humanização do atendimento, valoriza as necessidades individuais e promove um ambiente de respeito, o que contribui para experiências de cuidado mais eficazes e significativas. OE (2021, p.2) “o

respeito pela(o) cliente dos cuidados deverá constituir o princípio orientador de boas práticas”.

Ao longo do estágio, adotei a perspetiva de melhoria contínua através da análise reflexiva das atividades desenvolvidas e reuniões regulares com a enfermeira cooperante. Esses momentos foram fundamentais para partilhar *feedback*, discutir melhorias na prestação dos cuidados enquanto EEESMO e ajustar expectativas. Entendo que a aceitação da crítica é fundamental para transformar as observações em oportunidades de crescimento, e adaptar as práticas a padrões mais elevados do cuidar. Também o reconhecimento das dificuldades e discuti-las com a enfermeira cooperante foi essencial no desenvolvimento, permitindo a identificação e superação de desafios.

A análise reflexiva desempenhou um papel central no aprimoramento profissional, e promoveu uma revisão crítica das práticas para o desenvolvimento constante do desempenho. Ao procurar a melhoria contínua, questionei, aprendi com as experiências e ajustei abordagens para alcançar os objetivos propostos durante o EC.

As reuniões intermédias de avaliação de estágio, realizadas com a enfermeira cooperante e a professora orientadora, foram ainda momentos fundamentais para avaliar o progresso durante o EC, discutir desafios e planear estratégias de desenvolvimento.

A elaboração de um relatório de estágio, assente numa reflexão crítica, marcou o culminar do processo de aprendizagem. Este documento reflete não apenas os conhecimentos e habilidades adquiridos, mas também a capacidade de analisar, questionar e melhorar continuamente a prática, e evidencia-se como uma ferramenta valiosa para consolidar aprendizagens e definir metas para o futuro.

Neste prisma, o desenvolvimento contínuo sustenta uma prática de enfermagem atualizada, ética que visa a aquisição de conhecimentos teórico-práticos, mas também promove a capacidade de reflexão e autoavaliação contínua sobre os cuidados prestados (OE, 2021).

Em síntese, o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e relacionais no âmbito das aprendizagens profissionais constituem-se como uma jornada dinâmica e holística. Através da reflexão contínua, reuniões, aceitação da crítica construtiva e busca incessante por novas aprendizagens, considero que os objetivos propostos foram atingidos. Face ao objetivo **“Desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e obstétrica”** torna-se pertinente desenvolver competências científicas no âmbito da investigação em enfermagem de saúde materna e

obstétrica como uma abordagem essencial para avançar na prestação de cuidados de qualidade nesta área.

No âmbito da realização deste mestrado, foram desenvolvidas várias etapas, para a prossecução de resultados baseados na evidência científica, desde sessões de formação, reuniões de orientação, elaboração de uma revisão sistemática da literatura e apresentação dos resultados da mesma (APÊNDICE C), discussão pública do relatório e a divulgação de resultados que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem.

A apresentação de uma sessão de formação para a equipa de enfermagem do bloco de partos, com a duração de 10 minutos, intitulada “Multiculturalidade, parto & puerpério”, representou um ponto de partida crucial. Esta iniciativa visou sensibilizar a equipa para as nuances culturais que podem influenciar significativamente a experiência do parto e puerpério. Abordar temas como práticas culturais, crenças e mitos relacionados ao parto é essencial para garantir uma abordagem culturalmente mais competente e centrada na mulher grávida/puérpera. Segundo a OE (2021, p. 9) cabe ao EEESMO “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da mulher e das pessoas que lhe são significativas”.

A elaboração de uma revisão sistemática da literatura sobre o tema “Qual a influência dos mitos e crenças no trabalho de parto e parto – uma scoping review” representa uma contribuição substancial para a base de conhecimento na enfermagem de saúde materna e obstétrica. Este processo envolve uma análise exaustiva da literatura disponível, identificando padrões, tendências e lacunas no conhecimento.

A realização de reuniões de orientação com a enfermeira cooperante e a professora orientadora foi uma prática que assegurou uma orientação contínua e uma abordagem integrada ao desenvolvimento científico. Estas reuniões proporcionaram um espaço para discutir metodologias, desafios encontrados durante a investigação e receber orientação.

A elaboração e discussão pública do relatório constituem uma etapa crítica no processo de investigação. Esta prática não apenas exige a síntese coerente e clara dos resultados obtidos, mas também promove a transparência e responsabilidade na divulgação dos dados. A discussão pública oferece uma oportunidade para receber feedback construtivo, ampliar a compreensão do tema e melhorar a qualidade global da pesquisa. Esta contribuição para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem é maximizada quando os resultados são amplamente divulgados, influenciando práticas clínicas e orientando futuras pesquisas.

O impacto das atividades de investigação não se limita à expansão do conhecimento na área; também influencia diretamente a qualidade dos cuidados de saúde materna e obstétrica. A sensibilização para a multiculturalidade no parto e puerpério, derivada da formação apresentada, promove uma prestação de cuidados mais personalizada, respeitando as crenças e práticas culturais das mulheres. Além disso, a revisão sistemática sobre mitos e crenças no trabalho de parto fornece uma base sólida para ajustar protocolos e desenvolver intervenções sensíveis à cultura.

Finalmente, a divulgação de resultados contribui para a evolução constante da enfermagem de saúde materna e obstétrica. Ao apresentar resultados em conferências e publicações, o enfermeiro não apenas partilha conhecimento, mas também influencia a prática clínica em escalas mais amplas. A influência dos mitos e crenças no trabalho de parto torna-se uma área de discussão e atenção, e serve como guia para futuras investigações e orientação de intervenções práticas.

Em síntese, todas as metas delineadas para o Estágio IV na Sala de Partos foram integralmente alcançadas. Este estágio desempenhou um papel fundamental no meu desenvolvimento tanto pessoal quanto profissional. Ao participar ativamente de todas as atividades propostas, pude aprimorar as minhas competências técnicas, adquirir conhecimento prático e fortalecer a minha compreensão acerca das dinâmicas envolvidas nesse ambiente específico. Todas as atividades desenvolvidas ao longo do mestrado podem ser consultadas no APÊNDICE D.

2. A INFLUÊNCIA DOS MITOS E CRENÇAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Desde os tempos antepassados, que as culturas e sociedades por todo o mundo desenvolveram mitos em torno da gravidez e do parto, incorporando elementos simbólicos e rituais que refletem as suas crenças, valores e tradições. Essas narrativas, muitas vezes transmitidas de geração em geração, exercem um papel significativo na experiência das mulheres grávidas, e moldam as suas perceções e expetativas sobre o processo de parto, a forma como enfrentam o trabalho de parto e parto, a decisão sobre as suas escolhas, emoções e o suporte que recebem durante esse período (Bianchini & Kerber, 2010).

Os comportamentos sociais durante a gravidez são frequentemente ditados por crenças culturais enraizadas sobre a maternidade e a saúde da grávida, transmitidas pelos mais velhos, com impacto durante o trabalho de parto e parto e assentes no que é aceitável e desejável durante esse período crucial (Chakona & Shackleton, 2019).

A preservação desses conhecimentos tradicionais até aos dias de hoje salienta a necessidade de entrelaçar os avanços científicos na esfera da saúde materna e obstétrica com as práticas culturais associadas ao trabalho de parto e parto, numa abordagem equilibrada e culturalmente sensível (Honkavuo, 2021).

Em muitas comunidades, as convicções sobre a alimentação durante a gravidez têm uma influência crucial no trabalho de parto e parto. Padrões alimentares fundamentados em mitos culturais ou práticas tradicionais, levam as mulheres grávidas a seguirem dietas específicas que podem prejudicar a obtenção adequada de nutrientes essenciais, constituindo-se um fator de desnutrição, com consequências no processo de parto e nascimento (Costa & Santos, 2022).

Rituais e cerimónias específicas são executados para prevenir complicações no parto, e incorporam elementos espirituais ou místicos. Essas práticas destacam a interseção entre o físico e o metafísico, e revelam como as crenças culturais são incorporadas na busca por uma gestação e parto saudáveis (Honkavuo, 2021).

O uso de plantas medicinais durante a gravidez é um fenómeno global, muitas vezes enraizado em mitos e crenças, pois acredita-se que certas ervas possuem propriedades que podem promover um parto saudável, embora seja importante abordar essa prática com

cautela devido à falta de evidências científicas robustas que sustentem essas crenças (Chakona & Shackleton, 2019).

A influência dos astros e calendários lunares na escolha do momento propício para o parto destaca a conexão entre as práticas ancestrais e a astrologia. Essa crença ressoa na ideia de que o cosmos pode desempenhar um papel vital na experiência única de parir, pois o domínio do ambiente e de energias cria uma atmosfera propícia à conexão entre o ambiente físico e a experiência emocional e espiritual do parto (Honkavuo, 2021).

Mitos e crenças transmitidos culturalmente podem impactar a maneira como as mulheres interpretam e lidam com a dor durante o trabalho de parto e parto. Algumas culturas podem valorizar a resistência silenciosa à dor (Navarro-Prado et al., 2022), enquanto outras podem encorajar expressões mais abertas (Bastos & Pereira, 2017).

Compreender a influência dos mitos e crenças no trabalho de parto e parto é crucial para a promoção de práticas de saúde mais centradas na mulher, respeitando a diversidade cultural e capacitando as grávidas a fazerem escolhas informadas sobre seus cuidados de saúde durante essa fase fundamental de suas vidas. O diálogo aberto, a educação e a valorização das experiências individuais são passos essenciais para transformar a narrativa em torno do parto e garantir uma abordagem mais holística e positiva para as futuras mães (Campos et al., 2014).

Desde a vigilância pré-natal ao pós-parto, os enfermeiros desempenham um papel crucial em intervenções sensíveis e culturalmente competentes para mulheres migrantes. A comunicação respeitosa, apoio emocional e envolvimento na tomada de decisões contribuem para que estas adquiram confiança, exponham as suas emoções, inseguranças. Essa abordagem integral visa proporcionar uma experiência de parto positiva, respeitando as diversidades culturais e linguísticas (Santiago et al., 2020).

3. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS ORIENTADORES DA PRÁTICA – MODELO CAMPINHA – BACOTE

A globalização, impulsionada por avanços tecnológicos, comunicação instantânea e interconexão económica, transcende as fronteiras geográficas e transforma o modo como as sociedades interagem entre si. Essas migrações desempenham um papel crucial no progresso humano, fomentando a partilha da diversidade cultural entre as populações de origem e as comunidades que as acolhem, contudo, a disseminação de ideias, valores, práticas, mitos, crenças podem gerar conflitos culturais e desafiar os valores estabelecidos (Reis, 2015).

Na prática clínica, também os profissionais de saúde enfrentam diversas dificuldades na prestação de cuidados a pessoas de diferentes culturas, sendo a barreira linguística um dos obstáculos mais proeminentes. Isso ressalta a necessidade de abordagens culturalmente sensíveis no campo da saúde, assentes no reconhecimento e superação dos constrangimentos associados à diversidade cultural (Reis, 2015).

Ao considerar o efeito da diversidade cultural na prestação de cuidados de saúde, diversos teóricos destacaram as suas perspetivas e desenvolveram modelos acerca da importância de os profissionais de saúde cuidarem do utente numa visão holística, para além da dimensão biológica, e considerarem também a dimensão cultural, social e espiritual de acordo com a sua cultura (Coutinho et al., 2018).

Os modelos de competência cultural guiam a conduta dos enfermeiros para uma prática de cuidados culturalmente competentes, essenciais no cenário multicultural da atualidade. Estes promovem a sensibilidade cultural, são centrados na pessoa e demonstram compreensão pela identidade cultural de cada um (Moita & da Silva, 2016).

O Modelo de Campinha-Bacote, desenvolvido pela enfermeira Josepha Campinha-Bacote (2011) aborda a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes. O conceito da autora enfoca a consciência cultural, conhecimento, habilidades, atitudes e experiências interculturais, e implica o esforço contínuo do profissional de saúde em adquirir competências na prestação de um cuidado de saúde eficaz, considerando o contexto cultural da pessoa (Moita & da Silva, 2016).

A abordagem de Campinha-Bacote (2011) baseia-se em cinco componentes inter-relacionados: Consciência Cultural, Conhecimento Cultural, Habilidade Cultural,

Envolvimento Cultural e Desejo Cultural. A Consciência Cultural refere-se à autoconsciência do profissional de saúde em relação às suas próprias crenças, valores e preconceitos culturais. Isso inclui uma compreensão da influência da cultura do profissional sobre suas atitudes em relação aos outros. O Conhecimento Cultural envolve a busca e aquisição de informações sobre as crenças, valores, práticas e tradições culturais das populações atendidas. Isso inclui o entendimento das diferenças culturais e a aplicação desse conhecimento na prática clínica. A Habilidade Cultural refere-se à capacidade do profissional de saúde em adquirir informações culturalmente relevantes e de integrar esses conhecimentos de maneira eficaz no planeamento e execução dos cuidados de saúde na sua prática clínica. O Envolvimento Cultural/encontros culturais, refere-se à interação direta e envolvimento ativo com indivíduos de diferentes culturas. Essa interação é vista como uma oportunidade de aplicar o conhecimento cultural e aprimorar as habilidades culturais. O Desejo Cultural representa a motivação/vontade intrínseca dos enfermeiros em prestar cuidados culturalmente competentes (Campinha-Bacote, 2011; Coutinho et al., 2018).

A competência cultural é considerada um conjunto essencial de habilidades que os enfermeiros devem desenvolver para oferecer cuidados eficazes, e centrados nos utentes (Campinha-Bacote, 2011).

Neste paradigma, a atuação do enfermeiro, particularmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, é pertinente para compreender as crenças e valores da pessoa/família, reconhecer a sua identidade cultural e providenciar cuidados de saúde culturalmente sensíveis (Coutinho et al., 2022).

Ao adotar o Modelo de Campinha-Bacote, os profissionais estão mais capacitados para criar ambientes de cuidado inclusivos, reconhecendo e valorizando as diversas perspetivas culturais que podem influenciar a saúde e o bem-estar (Campinha-Bacote, 2011), das mulheres grávidas durante o trabalho de parto e parto.

Conforme Coutinho (2016), a obtenção de informações, conhecimento cultural e a utilização de um intérprete fluente na língua são importantes, tal como a presença de um mediador intercultural, familiarizado com a cultura, crenças e valores, pois são fundamentais para uma abordagem competente no cuidado obstétrico pelo EEESMO.

4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4.1. “SCOPING REVIEW”

Uma revisão sistemática da literatura é uma abordagem metodológica que envolve a colheita, avaliação crítica e síntese de evidências provenientes de diversos estudos relacionados a uma questão de pesquisa específica. Essa pesquisa segue um protocolo rigoroso e transparente para identificar, analisar e resumir os resultados de estudos relevantes sobre um determinado tópico. Nesse seguimento foi elaborada uma SR guiada pela metodologia **JBI**, assente no protocolo de revisão (APÊNDICE E) através da abordagem PCC (Participates, Conceito, Contexto) com a formulação da questão: “Qual a Influência do Mitos e Crenças no Trabalho de Parto e Parto na perspetiva da mulher grávida?”, em que a Participantes (P) são as Mulheres grávidas, os Conceito (C) são cultura, crenças, trabalho de parto e parto e o Contexto (C) são os locais onde ocorrem o parto. A 14 de maio de 2023 foram seleccionadas as palavras-chave e validadas como descritores na plataforma MeSH Browser conforme quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1

Palavras-Chave

PCC		Palavras-Chave
P - Participantes	Mulher grávida	Pregnancy
C - Conteúdo	Cultura; Crenças; Trabalho de parto; Parto	Culture ; Beliefs
C - Contexto	Locais onde ocorrem o parto	Childbirth

No mesmo dia na plataforma EBSCO foram selecionadas as bases de dados (CINAHL complete; MEDLINE complete; MedicLatina e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive) e Pubmed e definidos limitadores universais e específicos que se encontram descritos abaixo (Quadro 2).

Quadro 2

Limitadores universais e específicos por base de dados

Plataformas de Pesquisa	Limitadores Universais	Limitadores Específicos
EBSCO: CINAHL complete	- Friso Cronológico de 5 anos; - Free Full Text.	- Texto Integral em PDF; - Resumo Disponível; - Prática Baseada na Evidência; - Enfermeira como Qualquer Autor; - Humano; - Female.
EBSCO: Medline complete	- Friso Cronológico de 5 anos; - Free Full Text.	- Texto Integral em PDF; - Resumo Disponível; - Humano; - Female.
EBSCO: MedicLatina	- Friso cronológico de 5 anos; - Free Full Text.	- Texto Integral em PDF.
EBSCO: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	- Friso cronológico de 5 anos; - Free Full Text.	- Texto Integral em PDF.
PubMed	- Friso cronológico de 5 anos; - Free Full Text.	- Texto Integral; - Resumo; - Humano; - Female.

De seguida procedeu-se à pesquisa de cada descritor MeSH de forma isolada, e posteriormente, interligando os descritores MeSH com os operadores booleanos **AND** e **OR**, onde se verificam por ordem sistematizada o total de artigos por cada descritor MesH relativamente a cada uma das bases de dados (Quadro 3), levando à seguinte expressão de pesquisa (Culture) AND (Beliefs) AND (Pregnancy OR Childbirth).

Quadro 3

Identificação dos resultados por descritor e conjugações possíveis por base de dados

Expressão de Pesquisa: Culture AND beliefs AND Pregnancy OR Childbirth	ESBCO				PubMed
	Records retrieved CINAHL Complete	Records retrieved MEDLINE Complete	Records retrieved Medic Latina	Records retrieved Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Records retrived PubMed
Culture	4	11 480	886	2 419	39 169
Beliefs	4	5 103	192	1 083	21 677
Pregnancy	19	37 698	1 554	1 848	67 999
Childbirth	3	2,396	194	297	8 777
Culture AND Beliefs	1	500	30	110	17 149
Culture AND Pregnancy	3	1 146	34	42	4 557
Culture AND Childbirth	0	68	6	17	773
Beliefs AND Pregnancy	1	517	13	39	2 592
Beliefs AND Childbirth	0	61	5	7	413
Pregnancy AND Childbirth	3	2 133	99	142	8 449
Culture AND Beliefs AND Pregnancy	1	56	3	5	2 067
Culture AND Beliefs AND Childbirth	0	11	1	4	303
Beliefs AND Pregnancy OR Childbirth	4	2 865	204	333	2 615
Culture AND beliefs AND Pregnancy OR Childbirth	1	58	3	7	2 082

Através do PRISMA 2020 Flow Diagram é representado graficamente o fluxo do processo de seleção de estudos (Figura 1). Na primeira etapa do PRISMA, Identification, foram identificados 2151 artigos. Realizou-se uma primeira leitura dos títulos dos artigos para verificar a existência de artigos duplicados, sendo que 7 foram excluídos por essa razão. Na primeira etapa do Screening, procedeu-se à leitura do título e do resumo de cada artigo e 2137 foram excluídos por não apresentarem critérios de inclusão relativos ao participante. Na segunda etapa de Screening, foram lidos 7 artigos na íntegra para avaliar a qualidade metodológica: foram excluídos 2 artigos por não terem contributos para a temática em estudo (razão 1). Foram incluídos 5 artigos, 2 de desenho qualitativo, 2 de desenho quantitativo e 1 de desenho misto. Os estudos foram realizados na Zâmbia, Nigéria, África do Sul, Irão e Melilla (cidade autónoma de Espanha).

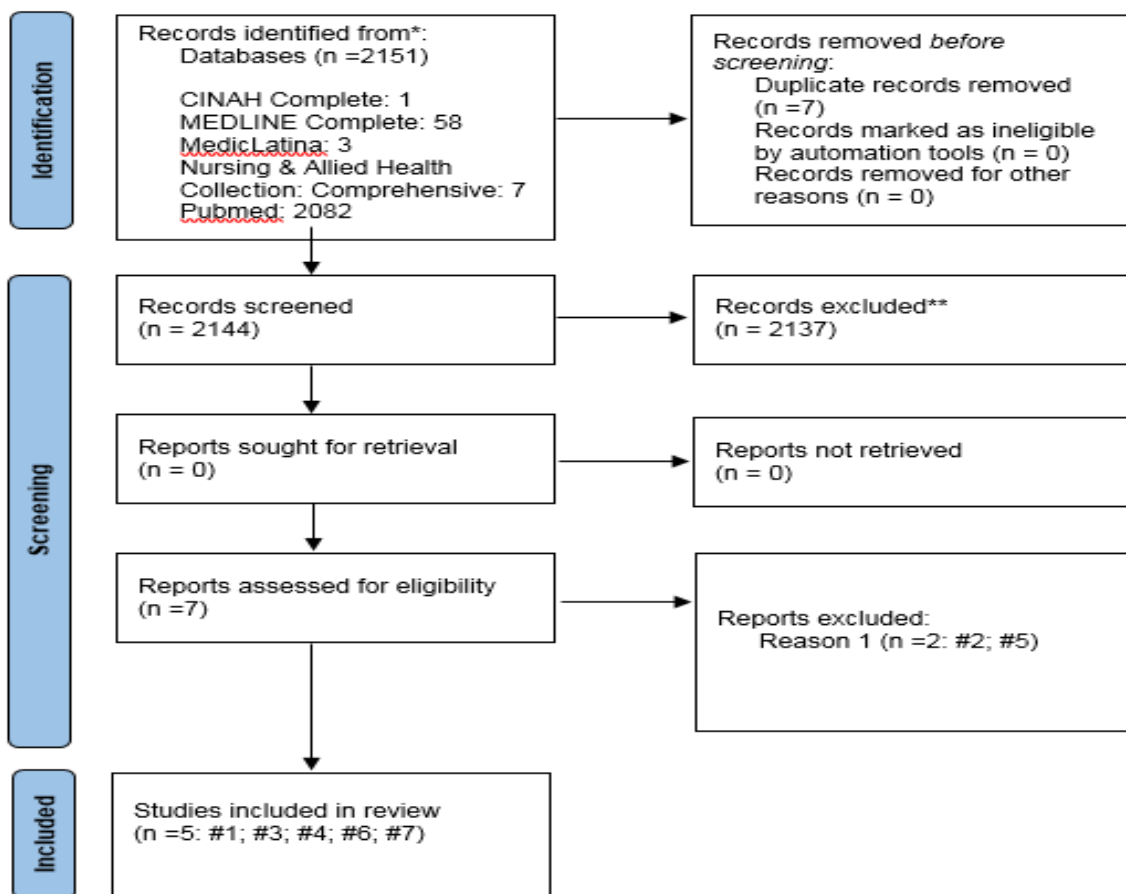


Figura 1 – Seleção dos artigos (PRISMA 2020 Flow Diagram)
(Page et al., 2021)

De seguida é apresentado um resumo da análise dos artigos escolhidos (Quadro 4)

Quadro 4

Resumo da análise dos artigos selecionados

Estudo Autor, data, título, país, Nível Evidência)	Objetivos/ questão de investigação	Métodos (Tipo de estudo, participantes, instrumentos de recolha dados e tratamento de dados)	Resultados	Conclusões	Contributos para a questão de revisão
E1- Honkavuo, 2021, Women’s experiences of cultural and traditional health beliefs about pregnancy and childbirth in Zambia: An ethnographic study. Zâmbia. Nível de Evidência 4 – Segundo JBI	Explorar as experiências das mulheres zambianas sobre as crenças culturais e tradicionais em relação à gravidez e ao parto.	Estudo qualitativo A seleção dos participantes consistiu em mulheres grávidas de Lusaka – Zâmbia entre os 17 e 26 anos. O recrutamento foi feito manualmente com a ajuda ativa de uma Maternidade local no distrito de Lusaka A metodologia utilizada consistiu em observações (participação observacional e observações conversacionais),	Segundo Honkavuo, (2021) “quanto mais jovem e menos instruída é a mulher, maior é a falta de planeamento familiar. Os contraceptivos raramente são utilizados, mesmo quando estão disponíveis” (p. 380). “A utilização de medicamentos à	“Os princípios culturais e de promoção da saúde das mulheres e crianças na Zâmbia são evidenciados por meio de diversas crenças, atividades e práticas. A fé em crenças que favorecem a saúde está estritamente ligada a uma religião de natureza africana, envolvendo espíritos, rituais e cerimónias. Este estudo indica que	Nas suas intervenções, o enfermeiro especialista deve integrar uma abordagem sensível e culturalmente competente aos cuidados de enfermagem. Ao lidar com questões específicas relacionadas aos cuidados pré-natais e enfermagem neonatal deve considerar as tradições culturais das

		<p>documentos escritos (diários e notas pessoais) e entrevistas formuladas com perguntas descritivas, estruturais e de confronto com as participantes durante e após a gravidez. O período de observação foi de 610 h e resultou num total de 98 páginas de texto escrito.</p> <p>O procedimento de análise de dados seguiu a orientação de Braun e Clarke (2013) e incluiu as seguintes etapas a) as entrevistas transcritas foram lidas novamente para obter uma visão geral; b) a análise de dados captou pensamentos para temas preliminares; c)</p>	<p>base de plantas é problemática porque não existem dosagens exactas. As mulheres grávidas compreendem o risco dos medicamentos tradicionais à base de plantas (ervas, raízes, folhas), mas é difícil abandoná-los” (p. 380).</p> <p>“Algumas mulheres encontram-se com um curandeiro durante os primeiros três ou quatro meses de gravidez. O objetivo é proteger</p>	<p>as percepções culturais podem ter efeitos benéficos de prevenção e proteção, mesmo quando certas práticas culturais, segundo os padrões médicos ocidentais, possam prejudicar a saúde das mulheres e crianças, aumentando potencialmente o risco de mortalidade” (p. 346).</p> <p>As complicações físicas, psicológicas e os problemas sociais durante a gravidez, parto e nascimento são interpretados como indicadores de relações negligenciadas com os</p>	<p>mulheres e as suas práticas familiares, de forma a personalizar os cuidados.</p> <p>A incorporação de práticas humanizadas e culturalmente sensíveis nos cuidados especializados não só melhora a qualidade dos serviços, mas também fortalece a confiança e a colaboração entre os profissionais de saúde e as utentes (Honkavuo, 2021).</p>
--	--	--	---	---	--

		segmentos de texto portadores de significado foram destacados para criar codificação que representasse temas emergentes no material de dados; d) os temas foram discutidos e revistos num grupo de investigação de pós-doutoramento para identificar ligações; e) foram encontradas ligações entre os códigos e os temas para identificar ligações e relações entre os temas e os subtemas no contexto do conhecimento pré-existente.	tanto a mulher como o feto, contra espíritos malignos que lhe podem causar dano” (p. 381). É importante proteger a mulher grávida de cheiros, emoções intensas. A mulher deve comer alimentos nutritivos” (p. 381).	espíritos dos antepassados. As tradições culturais na Zâmbia, voltadas para a promoção da saúde, podem desempenhar papéis tanto prejudiciais quanto fortalecedores para os indivíduos e a sociedade como um todo” (p. 346).	
E3 - Ezeome et al., 2018, Beliefs, Perceptions, and Views of Pregnant Women about Cesarean Section	Avaliar as crenças e percepções das mulheres grávidas sobre a cesariana, incluindo as suas	Estudo qualitativo. A seleção consistiu em todas as mulheres grávidas que frequentavam os cuidados pré-natais num	Segundo Ezeome et al., (2018) “as mulheres dos países em desenvolvimento,	“Muitas crenças culturais negativas prejudicam a saúde das mulheres e dos seus bebés e, por	Nas suas intervenções, o enfermeiro especialista deve demonstrar uma profunda compreensão

<p>and Reproductive Decision-making in a Specialist Health Facility in Enugu, Southeast Nigeria Nível de Evidência 4 – Segundo JBI</p>	<p>opiniões relativamente à tomada de decisões sobre o modo de parto, em Enugu, no sudeste da Nigéria.</p>	<p>hospital especializado, em Enugu, na Nigéria entre 1 a 30 de novembro de 2014 e que autorizaram participar no estudo, num total de 200 participantes. A metodologia utilizada consistiu num questionário estruturado e adaptado pelo entrevistador, dependendo do nível de escolaridade das inquiridas. Os dados recolhidos incluíam informações sobre idade, paridade, nível de escolaridade, antecedentes de dificuldades de conceção antes da gravidez atual, preferência do tipo de parto na gravidez atual e a razão da sua escolha, perceção da Cesariana</p>	<p>como a Nigéria têm preferência pelo parto por via vaginal, perspetivando o parto por cesariana, como anormal, e um modo de subtrair a feminilidade da mulher” (p.426). “As mulheres do estudo preferem também o parto vaginal pelo respeito da comunidade e o facto de evitar uma cicatriz uterina” (p.426). “Algumas inquiridas</p>	<p>extensão, a saúde da sociedade. A chave é dar às mulheres a possibilidade de tomarem decisões que sejam do seu interesse. Os homens, enquanto decisores importantes na vida familiar, devem ser visados pelos programas de saúde reprodutiva. Embora o esforço dos profissionais da ciência e dos cuidados de saúde seja importante para melhorar a saúde das mulheres, a ação social, há muito</p>	<p>do contexto cultural em que as mulheres estão inseridas. Isso implica organizar e liderar programas de sensibilização em comunidades rurais e urbanas, e educar sobre normas socioculturais que possam impactar negativamente a saúde feminina. É crucial que o enfermeiro especialista desenvolva programas específicos de saúde reprodutiva voltados para o empoderamento das mulheres, que lhes permitam discernir entre os papéis culturais construtivos e aqueles que as mantêm</p>
--	--	--	---	--	---

		<p>como escolha de parto e reação pessoal à Cesarina como opção de parto, se proposta como alternativa ao parto vaginal. Além disso, também se procurou saber se estavam dispostas a aceitar a cesariana se os maridos consentissem, apesar da sua própria aversão.</p> <p>Os dados foram analisados utilizando o Statistical Package for Social Sciences versão 17 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Os resultados foram expressos em estatísticas descritivas de frequência e percentagem. Utilizou-se $P < 0,05$ para determinar se</p>	<p>preferem o parto por cesariana devido a más experiências anteriores com o parto vaginal e complicações do parto” (p.426). “As mulheres do estudo apesar de entenderem a cesariana como uma forma segura de parir quando o parto vaginal não é possível, a sua perspetiva muda quando estão pessoalmente envolvidas e é determinado pelo que é</p>	<p>esperada, é igualmente importante para erradicar estas percepções que mantêm as mulheres subjugadas desde o nascimento” (p.427).</p>	<p>dependentes, prejudicando a sua autorrealização, saúde física e mental (Ezeome et al., 2018).</p>
--	--	---	--	---	--

		<p>havia alguma associação significativa entre os dados.</p>	<p>aceitável na sua comunidade” (p. 426).</p>		
<p>E4 – Chakona & Shackleton, 2019, Food Taboos and Cultural Beliefs Influence Food Choice and Dietary Preferences among Pregnant Women in the Eastern Cape, South Africa. Nivel de Evidência 4 – Observacional – estudos descritivos (Joanna Briggs Institute, 2020)</p>	<p>Compreender de que forma os tabus alimentares e crenças culturais influenciam a escolha de alimentos e as preferências dietéticas entre mulheres grávidas isiXhosa no Cabo Oriental, África do Sul.</p>	<p>Estudo misto</p> <p>A seleção consistiu em mulheres grávidas isiXhosa de cinco comunidades do Vale do Rio Kat, na província do Cabo Oriental, na África do Sul, entre fevereiro e março de 2018.</p> <p>A metodologia utilizada consistiu na realização por questionário a 224 mulheres e nove discussões em grupos de discussão com 94 participantes. Os dados foram introduzidos através da utilização do Microsoft</p>	<p>Segundo Chakona & Shackleton, (2019), “37% das mulheres do estudo referiu que não consumiam alimentos tabu quando estavam grávidas, seguindo a sua cultura”.</p> <p>“Cerca de 41% das mulheres seguiram algumas preferências alimentares pessoais, enquanto que 39% das mulheres referiram que não tinham</p>	<p>As mulheres grávidas nos países em desenvolvimento são consideradas vulneráveis do ponto de vista nutricional, uma vez que estão frequentemente sujeitas a diferentes graus de stress nutricional, e as que seguem tabus alimentares tradicionais têm maiores probabilidades de desenvolver uma série de resultados negativos na gravidez, incluindo o</p>	<p>Nas suas intervenções o enfermeiro especialista deve adotar estratégias proactivas para envolver as mulheres grávidas a adotarem dietas diversificadas e saudáveis, ricas em micronutrientes essenciais. Este deve ter um papel vital na educação nutricional das mulheres, fornecendo informações precisas e baseadas em evidências científicas sobre a importância de</p>

		<p>Excel e as estatísticas descritivas foram obtidas através do Statistica versão 12 (StatSoft Inc., Tulsa, OK, EUA). Os dados descritivos foram apresentados sob a forma de médias e desvios-padrão (DP) (média ± DP) e percentagens. No final de cada sessão de discussão dos grupos, o investigador e o assistente compilaram as suas notas num único documento, associando assim, de forma precisa, as declarações a identificadores individuais codificados anonimamente em cada grupo. Os dados de todas as discussões dos grupos, na sua maioria notas de campo</p>	<p>quaisquer restrições alimentares durante a gravidez e que raramente consumiam alimentos específicos para melhorar a gravidez”. “cerca de 17% das mulheres tinham grandes restrições, uma vez que consideravam tanto a cultura como a sua preferência alimentar quando consumiam ou planeavam a sua dieta na gravidez” (p. 7). “Os</p>	<p>compromisso da saúde do bebé no futuro (p. 15).</p>	<p>uma alimentação equilibrada durante a gravidez. Ao destacar os benefícios de uma dieta variada, o enfermeiro especialista pode ajudar a desmistificar crenças culturais e a promover práticas alimentares saudáveis (Chakona & Shackleton, 2019).</p>
--	--	--	--	--	--

		<p>manuscritas, foram transcritos para o Microsoft Word 13, e tudo foi traduzido para inglês, A análise começou por ser feita manualmente, utilizando os princípios da condensação sistemática de texto, em quatro passos: revisão repetida da transcrição para obter uma noção completa do conteúdo global dos textos; identificação de unidades centrais significativas do material; condensação do conteúdo através de uma codificação do texto; e finalmente, criação de categorias que continham o significado condensado dos temas principais do material.</p>	<p>alimentos tabus mais conhecidos entre as mulheres grávidas que admitiram seguir tabus alimentares incluíam laranjas, nartjies, sumos e bebidas de laranja, frango, batatas, peixe e animais selvagens” (p. 7). “Alimentos como feijões, ovos, melancia, abóbora e abóbora-menina foram citados como alimentos tabu durante a gravidez, mas só foram mencionados por</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>menos de 5% das mulheres” (p. 7).</p> <p>“As razões para não consumir alimentos tabu vão desde questões que podem afetar a mãe durante o parto, até questões de saúde que afetam principalmente a criança. Outras incluíam problemas sociais, incluindo o mau comportamento que pode afetar a criança na idade adulta” (p. 8).</p> <p>“O conhecimento sobre os alimentos tabu e as</p>		
--	--	--	---	--	--

			consequências do seu consumo foi adquirido principalmente pelos membros da família, especialmente pelas avós e mães” (p. 8). “Enquanto algumas mulheres relataram que obtiveram a informação dos mais velhos nas suas comunidades, várias mulheres observaram um tabu alimentar devido à sua própria experiência de gravidezes anteriores ou de		
--	--	--	---	--	--

			outras pessoas” (p. 8).		
E6 - Mahmoodabad et al., 2020. Exploring the nutritional beliefs of pregnant women in Yazd city. Nível de Evidência 4 – Observacional – estudos descritivos (Joanna Briggs Institute, 2020)	Explorar as crenças nutricionais de mulheres grávidas na cidade de Yazd	<p>Estudo qualitativo.</p> <p>A seleção consistiu em mulheres grávidas na faixa etária entre os 18 e os 49 anos, serem naturais de Yazd, e estarem inscritas no centro saúde da sua área de residência, e vontade de participar na entrevista. Os critérios de exclusão das mulheres grávidas eram a história de doenças subjacentes e doenças psicológicas durante a gravidez. Foram selecionadas 12 mulheres.</p> <p>Os dados foram recolhidos através de entrevistas</p>	<p>Segundo Mahmoodabad et al., (2020) “as mulheres do estudo consideraram como alimentos não saudáveis durante a gravidez, o consumo de sobras e múltiplos alimentos aquecidos, fast food e molhos (p. 549). As mulheres citaram barreiras à nutrição durante a gravidez, tais como situação económica</p>	<p>“Os resultados indicaram que as mulheres estavam comprometidas com as suas próprias crenças nutricionais que derivam da sua cultura e este estudo forneceu uma imagem clara das crenças culturais das mulheres Yazdi em relação à nutrição durante a gravidez. De acordo com os resultados, é necessário desenhar o processo educativo com base na cultura da comunidade para que</p>	<p>Nas suas intervenções o enfermeiro especialista deve identificar as crenças nutricionais das mulheres grávidas e, subsequentemente, utilizar abordagens baseadas na cultura para minimizar conceitos errados sobre a dieta. Este deve promover uma educação para melhorar a nutrição durante este período gravídico (Mahmoodabad et al., 2020).</p>

		<p>semiestruturadas gravadas e transcritas na íntegra. Após a finalização da etapa de transcrição das entrevistas, foi realizada uma análise qualitativa de conteúdo. Foram agrupados os itens semelhantes em 10 categorias principais e 26 subcategorias. Os temas das categorias incluíram: O conceito de nutrição durante a gravidez, Limitações nutricionais durante a gravidez, Mitos sobre alimentação durante a gravidez, Dúvidas sobre nutrição durante a gravidez, Estilo alimentar na gravidez, Fontes de informação nutricional na gravidez, Consequências</p>	<p>precária, gravidez indesejada, não ter tempo suficiente para cozinhar devido ao emprego, assistência social, estudo insuficiente e falta de conhecimento sobre nutrição adequada (p. 549). Um dos obstáculos à nutrição adequada durante a gravidez era a alta prevalência de hiperémese gravídica (p. 549). A maioria das mulheres grávidas obteve as suas informações</p>	<p>esse processo seja eficaz (p. 545).</p>	
--	--	---	--	--	--

		Positivas da Alimentação Saudável na Gravidez, Consequências da nutrição inadequada na gravidez, crenças religiosas na nutrição na gravidez, apoio social.	nutricionais através de médicos e profissionais de saúde, livros, mídia, mães e sogras (p.550).		
E7 - Navarro-Prado et al., 2022. Cultural influence on the expression of labour-associated pain. Nível de Evidência 4 – Observacional – estudos descritivos; 4.b – Estudo Transversal (Joanna Briggs Institute, 2020)	Avaliar a expressão da dor durante o trabalho de parto em mulheres atendidas num hospital de uma cidade fronteiriça espanhola, bem como os fatores associados que podem influenciar a expressão dessa dor.	Estudo quantitativo A seleção dos participantes incluiu mulheres grávidas em trabalho de parto, com gestações unifetais, sem qualquer administração de anestesia epidural ou em que esta foi apenas administrada durante a fase ativa do trabalho de parto, durante o último trimestre de 2019. Foram incluídas no estudo 246 mulheres. A Metodologia utilizada consistiu na utilização da	Segundo Navarro-Prado et al., (2022) “existe uma relação significativa entre a expressão da dor do parto e a identidade cultural das parturientes, além de outros fatores preditivos da dor, tanto na fase latente como na fase ativa do trabalho de parto” (p. 4).	“A cultura, a origem, a barreira linguística e o companheirismo durante o trabalho de parto influenciam a forma como as mulheres em trabalho de parto expressam a sua dor. A compreensão disto pode ajudar as parteiras a interpretar corretamente os sinais de expressão da dor e a serem capazes de oferecer a assistência	Nas suas intervenções, o enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na abordagem dos cuidados transculturais durante o parto. Nesse prisma torna-se evidente a necessidade de educar e treinar profissionais de saúde de forma a garantir a oferta de cuidados de qualidade a todas as mulheres,

		<p>Escala de Avaliação da Dor durante o Parto (ESVADOPA), que permitiu avaliar a resposta da dor da mulher ao trabalho de parto através de cinco itens: músculos faciais, resposta corporal, resposta verbal, inquietação, capacidade de relaxamento e sintomas vegetativos. Cada item foi avaliado por meio de uma escala de 0 a 3, sendo levada em consideração a expressão máxima de dor da parturiente. A soma de todos os itens foi utilizada para classificar a expressão da dor durante o trabalho de parto em cinco categorias: < 1: Não expressa dor; 1– 6:</p>	<p>“A influência da cultura aumentou a expressão da dor especificamente à medida que o trabalho de parto avançava e, em fases mais avançadas a influência cultural foi ainda maior” (p. 4). “As mulheres que se autoidentificaram como muçulmanas apresentaram pontuações mais elevadas de expressão de dor tanto na fase latente como</p>	<p>adequada, dependendo das características particulares da mulher” (p. 1). “Há uma clara “Na fase ativa do trabalho de parto, em mulheres de origem berbere, a existência de barreiras linguísticas e de companheirismo pareceu desempenhar um papel importante na expressão da dor, enquanto na fase latente do trabalho de parto o apoio prestado por um acompanhante da escolha da mulher revelou-se significativo na expressão da dor</p>	<p>independentemente de sua cultura, origem ou língua. São necessários novos modelos de atenção à maternidade que ultrapassem o mero atendimento clínico, abrangendo perspetivas adicionais, como a consideração da cultura da mulher em trabalho de parto (Navarro-Prado et al., 2022).</p>
--	--	---	---	--	--

		<p>expressa dor leve; 7–12: expressa dor moderada; e 13–18: expressa dor intensa</p> <p>Os dados foram organizados em tabelas de contingência para analisar a relação entre a identidade cultural das mulheres (variável independente) e a pontuação dos diferentes parâmetros da escala, bem como a pontuação total da ESV-ADOPA. Uma vez analisados os dados após a aplicação do contraste qui-quadrado, foi realizada uma correção de continuidade de Yates, visto que a frequência esperada de pelo menos um valor é inferior a 5 (V de</p>	<p>ativa do trabalho de parto, em comparação com as mulheres que se autoidentificaram como cristãs” (p. 6). Mulheres de origem berbere expressam maior dor em comparação com mulheres de outras origens” (p. 6). “Pessoas de culturas que valorizam o estoicismo evitam exteriorizar a sua dor com gemidos ou gritos. Também procuram manter o rosto inexpressivo, de</p>	<p>durante o processo” (p.7). “Embora os cuidados de saúde relacionados com partos na Espanha demonstrem elevados níveis de qualidade, refletidos na redução da morbidade e mortalidade materna e neonatal, podem surgir conflitos quando a cultura dos obstetras difere da das parturientes. Esses desafios podem resultar em erros morais na interpretação das atitudes das mulheres durante o parto” (p. 7). “A implementação de ferramentas como a</p>	
--	--	---	---	--	--

		<p>Cramer). O nível de significância estatística foi estabelecido em $p < 0,05$. Por fim, foram realizados dois modelos de regressão linear múltipla pelo método de entrada forçada para avaliar a magnitude da associação entre as variáveis como identidade cultural, origem, barreira linguística, companheirismo e relação com o acompanhante com a expressão da dor, tanto na fase latente quanto na fase ativa do trabalho de parto. O valor do coeficiente beta, erro padrão, p-valor (como indicação das variáveis que deveriam ser incluídas no modelo de regressão e os</p>	<p>modo a não demonstrar dor, pois acham que será percebido como fraqueza admitir ou demonstrar qualquer tipo de dor, podendo até negar a dor quando questionadas” (p. 6). “A barreira linguística foi associada à maior expressão da dor, principalmente na fase ativa do trabalho de parto” (p. 6).</p>	<p>ESVADOPA é crucial nesse contexto, proporcionando às parteiras a oportunidade de compreender os determinantes que influenciam a expressão das dores do parto. Essas ferramentas devem capacitar os profissionais de saúde a oferecer uma atenção individualizada, considerando as características únicas de cada parturiente, contribuindo assim para a superação de estereótipos que frequentemente</p>	
--	--	---	---	---	--

		intervalos de confiança de 95%). Todas as análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26, (IBM, New York, NY, EUA, para Mac)		moldam o cuidado durante o parto” (p. 7). “Existe uma clara necessidade de novos modelos de cuidados de saúde materna que tenham em consideração as características culturais e linguísticas das mulheres em trabalho de parto” (p. 1).	
--	--	---	--	---	--

4.1.1. Análise e Discussão dos Resultados

O entendimento sobre a saúde reprodutiva é considerado um ritual de passagem da infância para a idade adulta. Mesmo com o progresso da sociedade, as informações legadas pela tradição e cultura persistem até aos dias de hoje. A continuidade desses conhecimentos tradicionais destaca a importância da integração entre a evolução da ciência e a preservação das sabedorias culturais, oferecendo uma abordagem equilibrada e culturalmente sensível à saúde reprodutiva (Honkavuo, 2021).

A educação em saúde desempenha um papel vital na promoção da saúde materna e fetal. Capacitar as mulheres grávidas com conhecimentos sólidos, através de informações claras e acessíveis, permite que as futuras mães tomem decisões informadas sobre as suas escolhas, beneficiando-as a si e ao desenvolvimento saudável do bebé in útero. No entanto, é crucial reconhecer e respeitar as crenças culturais, integrando-as harmoniosamente no processo educacional (Ezeome et al., 2018).

Dos estudos analisados surgiram crenças, mitos e rituais associados a determinados domínios com influência significativa sobre a mulher grávida, feto/RN e trabalho de parto e parto: nutrição, fitoterapia, alimentação vegetariana, banho ritualístico, parto vaginal, parto por cesariana, orações/proteção espiritual, dor, relações sexuais, rituais de proteção. Assim, com vista a facilitar a compreensão da análise e discussão dos resultados, apresentam-se de seguida os resultados que se destacaram da análise realizada.

Nutrição

Algumas grávidas consomem quantidades reduzidas de alimentos para impedir o crescimento excessivo do feto e facilitar o parto. Se surgir algum contratempo durante a gravidez ou o parto, a mulher pode experienciar sentimentos de culpa por não ter seguido todas as crenças ou ter infringido alguma tradição (Honkavuo, 2021). As mulheres grávidas evitam o consumo de batatas para não parirem bebés grandes, e de forma a evitar complicações durante o parto. Essas presumíveis complicações podem incluir dificuldades respiratórias e a presença de uma secreção mucosa amarelada no recém-nascido (Chakona & Shackleton, 2019). Freitas et al. (2018) referem que restrições severas de líquidos e alimentos durante a gravidez podem levar à desidratação e à falta de nutrientes necessários para o crescimento saudável do feto. Essa abordagem pode aumentar o risco de complicações e impactar negativamente a saúde materna e fetal. Lee et al., (2018) concluem que é importante prover à mulher grávida o conhecimento sobre uma nutrição adequada durante

este período para evitar complicações psicológicas e cerebrais, associadas à desnutrição, tanto na mulher como feto.

Há crenças de que consumir carne durante a gravidez pode levar ao nascimento de uma criança doente (Honkavuo, 2021). O consumo de miudezas resultará num cordão umbilical longo, que durante o parto não se desprenderá facilmente (Chakona & Shackleton, 2019). O consumo de ovos está associado ao risco de um parto prematuro, porque mantém o canal de parto fechado. Acredita-se que durante o parto, a criança nasce sem pêlos e emitirá o som de uma galinha. No futuro terá dificuldade na concentração e em permanecer quieta (Honkavuo, 2021). A carne, o peixe e os ovos de aves devem ser evitados durante a gravidez de forma a evitar malefícios durante o parto para a criança (Honkavuo, 2021). Mulheres grávidas incentivadas a ingerir carne de cavalo, acreditam que o útero desse animal, quando consumido regularmente, proporciona proteção contra práticas de feitiçaria tanto para si quanto para o recém-nascido (Chakona & Shackleton, 2019). A urina de babuíno, quando bebida contribui para um parto mais fácil e sem complicações para a mãe (Chakona & Shackleton, 2019). Araújo (2022) salienta que as proteínas desempenham um papel fundamental durante a gravidez, dado o aumento das necessidades energético-proteicas, para a formação de novos tecidos materno-fetais, desenvolvimento da placenta e o aumento do volume sanguíneo. É fundamental assegurar uma alimentação adequada durante os períodos de gravidez e lactação, e promover a diversidade de alimentos na dieta, tais como leite, iogurte, queijo, carne, ovos, vegetais frescos e frutas (Mahmoodabad et al., 2020). Consumir carne durante a gravidez garante o aporte de nutrientes necessários à promoção da saúde materna e fetal, tais como ferro, zinco e vitamina B12. A adequada ingestão de ferro é crucial para sustentar a produção de hemoglobina e glóbulos vermelhos, essenciais para o transporte eficaz de oxigénio para a mãe e o feto. A deficiência de ferro pode levar à anemia, que afeta a energia materna e prejudica o crescimento do feto (Eduard Gratacós et al., 2021). A deficiência de ferro durante a gravidez tem levado ao aumento da morbilidade e mortalidade das grávidas e do feto, assim como existe uma relação causal entre a anemia na grávida e o risco de partos prematuros (Cavalcante et al., 2019).

Certas mulheres grávidas mantêm a crença de que ingerir sobras de alimentos durante a gravidez pode retardar o processo de parto, resultar no nascimento de um bebé com possíveis deficiências ou, até mesmo, em risco de morte (Chakona & Shackleton, 2019). As mulheres grávidas acreditam que a ingestão de restos de comida, alimentos aquecidos várias vezes, fast food e molhos durante a gravidez afeta tanto o processo do parto quanto o peso

do recém-nascido no momento do nascimento (Mahmoodabad et al., 2020). De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS, 2015) no Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, alimentos que contêm níveis elevados de açúcar, sal ou gordura podem ter efeitos prejudiciais para a saúde. Entre esses alimentos estão incluídos itens como produtos de pastelaria, refrigerantes, doces, fast-food, molhos, alimentos processados industrialmente e caldos concentrados. Optar por escolhas alimentares mais saudáveis e equilibradas contribui para promover uma dieta mais benéfica para o bem-estar geral.

As grávidas têm a crença de que consumir laranjas, nozes e ingerir sucos de laranja durante a gravidez pode resultar, após o parto, no aparecimento de pele amarelada, presença de borbulhas, erupções cutâneas amarelas, olhos com tonalidade amarela e lábios ressequidos no recém-nascido (Chakona & Shackleton, 2019). Para Ben & Batista (2021), a grávida devia tomar um purgante durante a gestação para o bebé nascer com a pele limpa. Segundo a Direção Geral de Saúde (2020), a mulher grávida deve consumir pelo menos uma peça de fruta rica em vitamina C, como laranjas e kiwis, assim como hortícolas de folha escura e uma porção de frutos oleaginosos (nozes, amêndoas) pelo menos uma porção pequena (20 g), quatro vezes por semana. Johnson Larry (2019) refere que a vitamina C desempenha uma função essencial na criação de colagénio, indispensável para o crescimento e reparação de ossos, pele e tecido conjuntivo, que inclui tendões, ligamentos e vasos sanguíneos, sendo que a deficiência dessa vitamina pode ter consequências prejudiciais no crescimento e desenvolvimento fetal e placentário, uma vez que compromete a estrutura fundamental desses tecidos. Gignac et al., (2019) referem que nozes, amêndoas, amendoim, pinhões e avelãs consumidos durante o primeiro trimestre da gravidez produzem efeitos benéficos sobre o desenvolvimento neurológico do feto devido aos altos níveis de ácido fólico e ácidos graxos essenciais, como ômega-3 e ômega-6, influenciando positivamente a memória e as funções executivas.

As mulheres grávidas acreditam que comer peixe durante a gravidez, leva o bebé a nascer com escamas e erupções cutâneas, não ter cabelo ou o cabelo nunca crescer (Chakona & Shackleton, 2019). Ben & Batista (2021), referem que se a mulher grávida tiver azia o bebé nasce cabeludo. A Direção Geral de Saúde (2020) refere que consumir quantidades insuficientes de peixe, menos de duas porções por semana, pode afetar negativamente o desenvolvimento do sistema nervoso do feto, contudo, o consumo de peixe em quantidade superior poderá apresentar riscos para o feto devido à presença de mercúrio.

Fitoterapia

Acredita-se que infusões com folhas e água promovem a intensidade das contrações, e mantêm a região vaginal húmida, beneficiando o trabalho de parto e parto. Essa prática reflete crenças e mitos enraizados na cultura, evidenciando como a natureza dos ingredientes utilizados é percebida como influente na eficácia do trabalho de parto e parto (Honkavuo, 2021). Ben & Batista (2021), referem que as mulheres grávidas bebem café bem quente antes do parto para terem força. Algumas mulheres grávidas consomem ervas para fortalecer a gravidez, facilitar o trabalho de parto e a saúde geral (Chakona & Shackleton, 2019). Fitoterápicos são inseridos na vagina com o intuito de prevenir o parto prematuro (Honkavuo, 2021). A mulher grávida é aconselhada a consumir uma solução feita a partir da planta isicakathi desde o sexto mês de gestação até ao parto. O procedimento envolve colocar a planta em um recipiente com água e ingerir meio copo dessa água duas vezes por dia, de manhã e à noite. Essa prática cultural reflete a saúde do feto, em paralelo com o crescimento da planta no recipiente (Chakona & Shackleton, 2019). Em algumas comunidades, acredita-se que o consumo de aloé vera pode resultar no aborto espontâneo ou parto prematuro se ingerido durante a gestação (Chakona & Shackleton, 2019). Ben & Batista (2021), revelam que o chá de canela bebido pela mulher grávida é totalmente abortivo. As raízes de iphuzi (abóbora do rio) são empregadas para induzir o vômito, sendo estritamente proibidas durante a gravidez devido ao risco de provocar um parto prematuro (Chakona & Shackleton, 2019). Rodrigues & Schlindwein (2022) referem que as mulheres grávidas utilizam plantas medicinais para aliviar sintomas associados à gravidez, numa perspetiva de por ser natural significa inofensivo, contudo essas ervas podem conter substâncias suscetíveis de causar dano à evolução da gestação devido aos seus efeitos tóxicos, teratogénicos e abortivos. Sartori & Chana (2023), salientam que plantas como arnica artemísia, arruda, barbatimão, boldo podem ter efeitos adversos devido às substâncias que contêm, nomeadamente indução de contrações uterinas, com risco de aborto ou parto prematuro, influencia no sistema cardiovascular materno e fetal, e efeito tóxico sobre o fígado. Lima et al. (2023), embora já exista algum conhecimento pelas grávidas sobre o uso de plantas durante a gravidez, nem sempre são abordadas estas temáticas durante as consultas. Sartori & Chana (2023), os profissionais de saúde devem ter conhecimento sobre os fitoterápicos utilizados pelas mulheres durante a gravidez e elucidá-las sobre os riscos associados ao uso indiscriminado de plantas.

Alimentação vegetariana

As mulheres grávidas expressam a crença de que adotar uma dieta vegetariana, centrada no consumo de frutas e vegetais durante a gravidez, pode facilitar o processo de parto (Mahmoodabad et al., 2020). Segundo as tradições culturais são recomendados legumes e frutas, arroz e Shima (farinha de milho) durante a gravidez (Honkavuo, 2021). As grávidas acreditam que o consumo de água de rosas, açafraão, bérberis, mel e vegetais nos últimos meses de gravidez pode ser um método que facilita o trabalho de parto e o próprio parto (Mahmoodabad et al., 2020). O consumo de frutas como ananás, pêsego e goiaba durante a gravidez, podem afetar o bebé no útero, resultando no aparecimento de erupções cutâneas, feridas e micoses, cegueira, e/ou aumentar a possibilidade de este nascer sem cabelo após o parto (Chakona & Shackleton, 2019). P.O. Rodrigues et al., (2022) a dieta vegetariana, sem qualquer supervisão clínica durante a gravidez acarreta o risco de deficiências nutricionais, como proteínas, ferro, cálcio, ômega-3 e vitamina B12, contudo as evidências científicas disponíveis mostram que dietas vegetarianas elaboradas em conjunto com os profissionais de saúde, tanto no período pré-concepcional e gestacional, assentes numa ingestão equilibrada de nutrientes são consideradas seguras durante a gravidez. Sebastiani et al., (2019), adotar diretrizes dietéticas específicas antes, durante e após a gestação, para promover a ingestão apropriada de macro e micronutrientes, pode prevenir danos à saúde materna, reduzir o risco de doenças mentais durante a gravidez e evitar possíveis deficiências físicas e neurológicas no feto.

Algumas grávidas mencionaram que o consumo de alimentos frescos tem um efeito na prevenção da icterícia neonatal (Mahmoodabad et al., 2020). Alimentos quentes durante a gravidez estão relacionados com o aparecimento da icterícia neonatal após o parto (Mahmoodabad et al., 2020). A icterícia neonatal, não está relacionada com o consumo de alimentos pela mulher grávida. Thais Silva Carvalho & Almeida, (2020), a icterícia neonatal deve-se ao acúmulo da bilirrubina na pele e mucosas, conferindo-lhe uma coloração amarela, e é um subproduto da degradação das hemácias, e pode ocorrer por vários fatores como incompatibilidade sanguínea entre mãe e o feto, hemorragia durante o parto, prematuridade ou condições genéticas. Reis & Silva, (2022), a icterícia neonatal pode surgir devido a causas fisiológicas, marcadas pela imaturidade do fígado do bebé que compromete a eficiente excreção da bilirrubina, por incompatibilidade sanguínea entre mãe e recém-nascido, anomalias biliares, distúrbios metabólicos e situações infecciosas. Cochran (2021), a amamentação ineficaz do recém-nascido tem um impacto na acumulação da bilirrubina, pois

a ingestão de leite materno insuficiente, leva a menos evacuações, o que se traduz numa excreção reduzida de bilirrubina. Por vezes, acontece a icterícia do leite materno que é diferente da icterícia associada à amamentação, e ocorre porque as substâncias no leite materno interferem com o processo de excreção pelo fígado para eliminar a bilirrubina do organismo.

As crenças alimentares foram apontadas como um dos elementos que contribuem para a subnutrição nas mulheres grávidas, influenciando diretamente o desenvolvimento da gravidez e o processo de parto e parto (Chakona & Shackleton, 2019). As grávidas optavam por excluir certos alimentos de sua dieta por várias razões, tais como os efeitos sobre a gestação, o processo de parto, a prevenção de alterações corporais indesejáveis, ou por indicação dos mais velhos, caso assim lhes fosse aconselhado por estes (Chakona & Shackleton, 2019). Costa & Santos (2022), as crenças alimentares desempenham um papel significativo na saúde materna e fetal, pois os padrões alimentares baseados em mitos culturais ou práticas tradicionais comprometem a ingestão adequada de nutrientes essenciais, e são fatores da subnutrição durante o período gravídico-puerperal, impactando o processo de parto e nascimento. Acris et al. (2022), a subnutrição durante a gravidez pode ter implicações significativas no processo de parto, pois a inadequada ingestão de nutrientes essenciais leva a complicações para a mãe e feto, como exaustão materna durante o trabalho de parto e parto, risco de parto prematuro, maior suscetibilidade a infeções, e bebé com baixo peso ao nascer. Cetin et al. (2019), os profissionais de saúde desempenham um papel crucial na abordagem da nutrição associada a crenças e mitos durante a gravidez, pois através da educação nutricional, promoção hábitos alimentares saudáveis, adaptam as orientações conforme as crenças individuais e a diversidade cultural de cada mulher grávida, numa perspetiva de um trabalho de parto eficaz, e prevenção de potenciais complicações durante e após o parto.

Banho Ritualístico

A mulher grávida antes de ir para a maternidade toma banho para afastar os espíritos, e ter um parto bem-sucedido. Ao iniciar as contrações, é recomendado inserir um ovo choco na vagina, pois isso facilita a fase de expulsão do feto (Honkavuo, 2021). Bastos & Pereira (2018), referem que as mulheres grávidas tomam banho com óleos de lavanda, arnica ou bétula para aliviar os desconfortos do trabalho de parto e parto, e são aplicados vários véus na barriga que são retirados gradualmente à medida que o processo se desenvolve. Marins et al. (2020), o banho durante o trabalho de parto e parto é um método eficaz na redução da

dor, especialmente quando a água está aquecida, pois devido à diminuição dos níveis de adrenalina, ocorre um relaxamento, bem-estar e redução da ansiedade durante o processo fisiológico, para além de que estimula a produção natural de ocitocina, aumentando a contratilidade uterina e diminuindo o tempo de trabalho de parto. Santos et al. (2021), associado aos benefícios do banho, práticas como caminhar e adotar posições alternadas reduzem a duração do trabalho de parto, pois favorecem a dilatação cervical, a descida e a oxigenação fetal, a mobilidade pélvica e a intensidade das contrações reduzindo a necessidade de intervenções.

Parto Vaginal

A maioria das mulheres sustenta a crença de que o parto vaginal as conecta mais profundamente com sua feminilidade, sendo considerado o método de parto culturalmente aceite. O parto vaginal é simbolicamente ligado à experiência da mulher como mãe e que vai ao encontro das normas culturais (Ezeome et al., 2018). A mulher só é verdadeiramente feminina se suportar as dores do parto e parir por via vaginal, pois a experiência do parto está intrinsecamente ligada à identidade feminina. A sua capacidade de enfrentar essa dor é um rito de passagem essencial (Ezeome et al., 2018).

No contexto de partos no domicílio, a parteira que apoia o nascimento torna-se significativa para a família. Em expressão de gratidão, se o recém-nascido for do sexo feminino, será batizada com o seu nome. Se for do sexo masculino, a parteira recebe uma quantia em dinheiro como reconhecimento pela assistência prestada durante o parto (Honkavuo, 2021). Segundo Barroso (2009), citado por Ben & Batista, (2021), a responsabilidade pelo processo de parto recaía sobre parteiras ou comadres, que eram mulheres escolhidas pela grávida devido à sua confiança nestas ou porque eram reconhecidas na comunidade como experientes na condução de partos.

Em partos domiciliares, a placenta é preparada com ervas, acreditando-se que isso protegerá o recém-nascido de potenciais malefícios de estranhos. Após esse ritual, a placenta é enterrada no quintal como parte de crenças e mitos relacionados à segurança da criança. Em circunstâncias trágicas, como a morte ao nascer, a tradição prevê que o corpo do recém-nascido seja também enterrado no mesmo local (Honkavuo, 2021).

A mulher grávida não deve andar à noite porque pode resultar num aborto espontâneo ou na morte durante o parto (Chakona & Shackleton, 2019). A grávida não pode ir para a maternidade sem acompanhamento. Poucos dias antes ou, no máximo, no início do trabalho

de parto, alguém a acompanha à maternidade. Contudo, durante o parto, a mulher dá à luz sem a presença de familiares (Honkavuo, 2021).

Parto por Cesariana

A realização do parto por cesariana está associada à não realização de rituais durante a gravidez ou porque a mulher não consultou um curandeiro. Essa crença vincula que o tipo de parto está relacionado diretamente com a prática cultural e orientação de curandeiros, e sugere que o procedimento cirúrgico decorre do não cumprimento de rituais tradicionais (Honkavuo, 2021). Nas culturas de países em desenvolvimento, a cesariana é interpretada como uma perda substancial da identidade feminina (Ezeome et al., 2018). Algumas mulheres acreditam que a cesariana está associada à influência do diabo, à infidelidade conjugal ou ao interesse pessoal do médico, para a realização desse procedimento cirúrgico (Ezeome et al., 2018). Algumas mulheres referem, que por não existir uma aceitação social do parto através de cesariana, recusam esse procedimento, mesmo quando essa intervenção é vital para proteger as suas vidas e a dos bebés (Ezeome et al., 2018). Algumas mulheres concordam com a realização de uma cesariana se o marido expressar o seu consentimento, mesmo que as próprias desaprovem a sua realização (Ezeome et al., 2018). Mulheres que passaram por uma cesariana enfrentaram resistência e desaprovação dos seus familiares quando voltaram para casa. Essas atitudes culturais adversas resultaram na restrição significativa do uso desse procedimento, mesmo quando a sua intervenção era adequada para o bem-estar materno-fetal (Ezeome et al., 2018).

Orações/Proteção espiritual

As participantes do estudo acreditam que orações como Ziarat-e-Ashura, Ayat al-korsi, rituais espirituais, versos do Alcorão e hadiths podem acalmar e até mesmo melhorar a memória do recém-nascido após o parto (Mahmoodabad et al., 2020). Ben & Batista (2021), referem que as parteiras costumavam ser pessoas com práticas religiosas, que tinham rituais de oração durante o momento do parto, e realizavam preces como o Pai Nosso e a Ave Maria como parte desse procedimento. Em algumas culturas, as complicações físicas e psicológicas durante gravidez, parto e nascimento são interpretadas, como reflexos de relações desequilibradas com os espíritos. Nesse sentido, rituais e cerimónias são praticados para restabelecer a harmonia espiritual, tanto fisicamente como emocionalmente (Honkavuo, 2021).

Dor

A identidade cultural, origem e companheirismo durante o trabalho de parto afetam a expressão da dor das mulheres em trabalho de parto (Navarro-Prado et al., 2022). Mulheres que enfrentaram desafios na comunicação com os profissionais de saúde devido a barreiras linguísticas sentiram uma maior intensidade de dor, especialmente durante a etapa ativa do trabalho de parto (Navarro-Prado et al., 2022). Mulheres grávidas que pertencem a culturas que enaltecem o estoicismo optam por não expressar a sua dor por meio de gemidos ou gritos durante o trabalho de parto. Elas procuram manter um fâcies inexpressivo, e evitam demonstrar qualquer sinal de dor, inclusive evitam caretas, pois acreditam que isso pode ser interpretado como fraqueza (Navarro-Prado et al., 2022). Bastos & Pereira (2017), revelam que as mulheres visualizam a dor durante o parto como uma demonstração de coragem que contribui para o avanço do trabalho de parto, e acreditam na interconexão entre a sensação de dor e a alegria durante o parto. Navarro-Prado et al., (2022), mostram que as mulheres grávidas de origem berbere, que seguem a religião islâmica, manifestaram níveis mais elevados de dor em comparação com mulheres de outras origens. Isso ocorre porque a maneira como percebem e expressam a dor é mais intensa, pelo que frequentemente a vocalizam por meio de gritos ou choro. Paiva et al. (2022), referem que durante o parto, utilizar a própria voz significa um apelo por ajuda, mas também uma expressão de liberdade, em que a mulher por um lado procura apoio, e por outro reivindica a sua autonomia, expressando-se de maneira autêntica. Ao adotar técnicas de vocalização, as mulheres canalizam a energia da dor através da expressão vocal controlada, transformando-a em força e foco.

Relações sexuais

Nas tradições culturais as relações sexuais durante a gravidez são importantes para a conexão entre o casal, e produzem efeitos benéficos durante a gravidez e parto (Honkavuo, 2021). A prática de atividade sexual próxima à data prevista para o parto é considerada prejudicial, pois torna a criança impura. Acredita-se que o esperma se acumula na pele do bebé como uma substância semelhante a creme cutâneo, o que resulta numa situação constrangedora para a mulher durante o parto (Honkavuo, 2021). Souza et al. (2022), a sexualidade durante a gravidez ainda gera incertezas, cercada por dúvidas, mitos e medos pois acredita-se que a atividade sexual durante esse período possa prejudicar o feto. A Direção Geral de Saúde (2015) refere que quando não existem contraindicações, a prática de relações sexuais durante a gravidez de baixo risco é segura, não representa qualquer risco

para o bebé e fortalece o vínculo afetivo entre o casal. Pereira, et al. (2021), a incorporação da educação sexual, pelos profissionais de saúde, durante a gravidez possibilita a compreensão das mudanças físicas e emocionais durante esse período, promove a saúde sexual e o esclarecimento de dúvidas sobre a atividade sexual durante a gravidez.

Rituais de Proteção

Adquirir roupas para o bebé antes do parto pode resultar na sua morte ou nascer sem vida. A tradição dita que a criança deve nascer primeiro, e somente após esse evento é apropriado comprar vestuário para ela (Honkavuo, 2021). Pimentel et al. (2015) ao lavar as roupas do bebé, estas não devem ser torcidas, apenas espremidas para evitar que o bebé tenha dor de barriga e também não devem secar ao sol para evitar cólicas. Dantas (2005) se o bebé tiver soluços, aplicar-lhe na testa um fiapo da sua roupa, vermelha de preferência, com saliva da mãe.

As mulheres grávidas acreditam que após o parto, o colostro não deve ser dado ao recém-nascido porque é impuro (Honkavuo, 2021). Monteiro & Pereira (2019) mostram que a percepção que as mulheres têm sobre o colostro, especialmente as que são mães pela primeira vez, é de que o leite é fraco, é de baixa qualidade, e não alimenta o suficiente, resultado da influência de crenças transmitidas por vizinhas, avós, mães, comadres e outras pessoas próximas à lactante. Ribeiro et al. (2016) mostram que o colostro é reconhecido como a primeira vacina para o recém-nascido, e desempenha um papel crucial na alimentação, oferecendo benefícios imunológicos e psicológicos vastamente reconhecidos. Dacroce et al. (2014) referem que o colostro, é rico em nutrientes, anticorpos e fatores de crescimento, oferece proteção vital contra infeções, e fortalece o sistema imunológico do bebé nos primeiros dias de vida, facilita a digestão e estimula o desenvolvimento saudável do trato gastrointestinal. Levy & Bértolo (2012) afirmam que o leite materno desempenha um papel crucial na prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, exerce uma influência protetora contra alergias, especialmente aquelas relacionadas às proteínas do leite de vaca, e contribui para uma melhor adaptação a outros alimentos. O Sistema Nacional de Saúde 24 (2023) refere que alguns benefícios da amamentação para o bebé são a prevenção de diarreia, de infeções respiratórias e otites, assim como a redução da síndrome de morte súbita, infeções urinárias e refluxo gastro esofágico. Para a mulher, a amamentação promove a involução uterina, ajuda na perda de peso, reduz o cancro da mama e ovários, diabetes e hipertensão.

5. CONCLUSÃO

Durante o meu período no bloco de partos, pude refletir profundamente nas complexidades e nuances do processo de trabalho de parto e parto, como uma experiência mais que profissional, mas também pessoal e transformadora. A vivência direta no acompanhamento de partos contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento de competências, e ampliou o meu entendimento sobre a importância crucial de uma abordagem centrada na mulher grávida/puérpera/RN/Família.

Reconhecer a importância da visão cultural no processo de cuidado revelou-se fundamental para fomentar uma abordagem mais holística, sensível e personalizada. Essa consciência cultural enriqueceu a prática, e proporcionou uma compreensão mais profunda das diversas tonalidades culturais assente nas necessidades específicas e nos valores individuais das utentes, à luz de um cuidado mais inclusivo, empático e culturalmente sensível.

Um ponto que destaco passa pela relevância da promoção da relação precoce da díade/tríade no processo de trabalho de parto e parto, sendo que identificar momentos privilegiados para estabelecer essa relação e favorecer o seu desenvolvimento tornou-se uma prioridade, reconhecendo o impacto significativo que essa abordagem tem no bem-estar geral da mulher, RN e acompanhante.

As decisões das grávidas em relação ao trabalho de parto e parto são fortemente influenciadas por crenças, mitos e tabus transmitidos por experiências familiares ou relatos de pessoas próximas, que associados à falta de conhecimento prévio e/ou medo impactam o comportamento das parturientes, salientando a importância do cuidado humanizado no parto para mitigar esses temores e oferecer cuidados personalizados enquanto EEESMO.

É essencial reconhecer que as crenças e mitos em torno do trabalho de parto e parto variam amplamente entre as culturas e comunidades, e o impacto específico depende da história, educação e experiências individuais das mulheres grávidas, pelo que os profissionais de saúde, e muito em particular o EEESMO devem estar cientes dessas influências culturais e respeitar as crenças da mulher, garantir que está bem informada sobre as suas opções de parto e que as suas decisões são respeitadas e apoiadas durante todo o processo.

No entanto, é importante salientar que, apesar dos desafios associados aos mitos e crenças, muitas culturas estão a passar por mudanças positivas. A consciencialização, a educação e uma abordagem centrada na mulher têm contribuído para desmistificar conceções prejudiciais e promover práticas de parto assentes na evidência científica.

Numa área em constante evolução, a relevância da evidência científica na prestação de cuidados de enfermagem em saúde materna e obstétrica é indiscutível, sendo que os EEESMO devem estar continuamente atualizados com os resultados mais recentes, essenciais para assegurar práticas informadas, seguras e alinhadas com as melhores evidências disponíveis. A adoção da prática clínica baseada em evidências científicas não só aprimora a qualidade dos cuidados, mas também minimiza riscos, otimiza resultados e capacita os enfermeiros a tomar decisões informadas, personalização dos cuidados e promoção de uma experiência de maternidade mais segura e positiva para as mulheres.

Considero que o objetivo do processo de investigação foi alcançado com sucesso, uma vez que foram identificadas várias evidências científicas acerca do papel do EEESMO como agente de mudança à luz da Influência dos Mitos e Crenças no Trabalho de Parto e Parto na perspetiva da Mulher Grávida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdala, L. G., & Cunha, M. L. C. da. (2018). Contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida. *Clinical and Biomedical Research*, 38(4). <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/82178/pdf>
- Abel, B. (2005). Mircea Eliade e o mito. *Kalíope. Revista Do Programa de Estudos Pós-Graduados Em Literatura E Crítica Literária*, 1(1).
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kaliope/article/view/3141/2073>
- Acris, M. S., Cardoso, K. C. das C., & Andrade, J. S. (2022). Importância do acompanhamento nutricional para promoção da alimentação saudável no período gestacional. *Brazilian Journal of Development*, 8(11), 73385–73402.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n11-173>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Labor and delivery.
- American Pregnancy Association. (2021). Pregnancy Definition.
<https://americanpregnancy.org/pregnancy-definitions/>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Araújo, A. M. S. Construção de Tecnologia Educacional sobre Crenças e Tabus Alimentares no Período Gestacional (2022). Universidade Federal do Pará Instituto de Ciências da Saúde Faculdade de Nutrição.
https://www.bdm.ufpa.br:8443/bitstream/prefix/5264/1/TCC_ConstrucaoTecnologiaEducacional.pdf
- Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020.
<https://synthesismanual.jbi.global>
- Artal-Mittelmark, R. (2021). Condução do trabalho de parto normal. *Manuais MSD Edição Para Profissionais; Manuais MSD*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/trabalho-de-parto-normal-e-parto/condu%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-de-parto-normal>

- Bastos, R. L. de, & Pereira, P. P. G. (2018). Mães Waldorf: gestação e parto na comunidade antroposófica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), 505–516. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0651>
- Ben, F. D., & Batista, N. (2021). O ofício das parteiras em Nova Esperança do Sul, RS: relato sobre seus saberes e suas práticas. *Estrabão*, 2, 33–40. <https://doi.org/10.53455/re.v2i.4>
- Bianchini, C. de O., & Kerber, N. (2010). MITOS E CRENÇAS NO CUIDADO MATERNO E DO RECÉM-NASCIDO. *VITTALLE - Revista de Ciências Da Saúde*, 22(2), 35–50. <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/1455/2174>
- Boaviagem, A., Coutinho, T. A., De Oliveira, L. G. A., & Moretti, E. (2019). COMPORTAMENTO BIOMECÂNICO DA PELVE NAS DIFERENTES POSTURAS ADOTADAS DURANTE o SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO. *Revista Eletrônica Da Estácio Recife*, 5(1). <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/download/222/113>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Successful qualitative research: A practical guide for beginners. *QMIP Bulletin*, 1(21), 48–50
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering Patient-Centered Care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural Competence. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no02man05>
- Campos, A. S., Almeida, A. C. C. H. de, & Santos, R. P. dos. (2014). Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 4(2). <https://doi.org/10.5902/2179769210245>
- Cavalcante, R., Rosa, E., & Junior, A. (2019.). *Nutromedicina. Câmara Brasileira do Livro, Ed.; 1ª ed.*
- Cetin, I., Bühling, K., Demir, C., Kortam, A., Prescott, S. L., Yamashiro, Y., Yarmolinskaya, M., & Koletzko, B. (2019). Impact of Micronutrient Status during Pregnancy on Early Nutrition Programming. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 74(4), 269–278. <https://doi.org/10.1159/000499698>
- Chakona, G., & Shackleton, C. M. (2019). Food Taboos and Cultural Beliefs Influence Food Choice and Dietary Preferences among Pregnant Women in the Eastern Cape, South Africa. *Nutrients*, 11(11), 2668. <https://doi.org/10.3390/nu11112668>
- Cochran, W. J. (2021, August 2). Icterícia no recém-nascido. *Manual MSD Versão Saúde Para a Família; Manuais MSD*. <https://www.msmanuals.com/pt->

- pt/casa/problemas-JBI Evidence Synthesis de-sa%C3%BAde-infantil/problemas-do-trato-gastrointestinal-gi-e-do-f%C3%ADgado-em-rec%C3%A9m-nascidos/icter%C3%ADcia-no-rec%C3%A9m-nascido
- Coutinho, E.C. (2016). Vigilância de gravidez em mulheres imigrantes e portuguesas e as razões que justificam a necessidade de mediação intercultural. In Alto Comissariado para as Migrações (Coord.), *Entre iguais e diferentes: A mediação intercultural: Atas das I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural* (Vol. Coleção Mediação Intercultural, pp. 158-174). Lisboa: ACM
- Coutinho, E. C., Rodrigues, E. C., Carvalho, A. C., & Parreira, V. C. (2018). A competência cultural em enfermagem e a Mediação Intercultural preventiva. *Revista Migrações - Número Temático Medição Intercultural, Observatório das Migrações*, dezembro 2018, nº 15, Lisboa: ACM, pp. 66 – 81.
- Coutinho, E., Domingos, A. R., Reis, A., & Parreira, V. (2022). Ser Enfermeiro Obstetra e Mediador Intercultural na interação com mulheres grávidas migrantes. *New Trends in Qualitative Research*, 13, e731–e731. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- Costa, D. A., & Dos Santos, A. M. C. (2022). Transtornos alimentares durante o período gestacional. *Latin American Journal of Development*, 4(6), 2014–2028. <https://doi.org/10.46814/lajdv4n6-014>
- Dacroce, M., Kurschner, C. F., & Daversa, C. (2014). OS BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO AO (RN) PREMATURO. *FIGESC - Revista Internacional Em Saúde Coletiva*, 3(3), 130. <https://doi.org/10.15411/figesc.v3i3.18>
- Dalla Lana, L., & Arend Birner, J. (2015). UM RELATO DE CASO SOBRE A CONSTRUÇÃO E ELABORAÇÃO DO PORTFOLIO COMO METODOLOGIA AVALIATIVA DE APRENDIZAGEM. *Ciencia Y Enfermería*, 21(3), 101–112. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532015000300009>
- Dantas, M. da P. M. (2005). Desvendando o saber popular: histórias e credences contadas pelos carnaubenses. *Mneme - Revista de Humanidades*, 7(18). <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/326/299>
- Direção Geral de Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

- Direção Geral Saúde (2020). Recomendações para uma Alimentação Saudável e Segura na Gravidez. Guia de Aconselhamento.
https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/GuiaAconselhamento_Parte-I-Final-1.pdf
- Direção Geral saúde (2023). Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. NORMA: 001/2023. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>
- Eduard Gratacós, Carme Escales, & Monteiro, E. (2021). 9 meses vistos por dentro. L&PM Editores.
- Ezeome, I., Ezugworie, J., & Udealor, P. C. (2018). Beliefs, perceptions, and views of pregnant women about cesarean section and reproductive decision-making in a specialist health facility in Enugu, Southeast Nigeria. *PubMed*, 21(4), 423–428. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_413_16
- Faten, I., & Elsebeiy. (2018). Comparison of the Effects of Prenatal Perineal Massage Versus Kegel Exercise on Labor Outcome. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(3), 43–53. <https://doi.org/10.9790/1959-0703034353>
- Freitas, H. B. M., Lima, R. F., Targino, M. V. P., Targino, A. L. V. P., Nascimento, A. T. D., De Vasconcelos, L. P. F., De Sousa Araújo, D. G., Formiga, W. a. M., Soares, J. G., Fernandes, Í. R. M. G., De Lucena Calisto, D. R., & Viana, T. A. (2018). A influência do estado nutricional durante o período gestacional e sua correlação no peso do recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 19, e206. <https://doi.org/10.25248/reas.e206.2019>
- Gignac, F., Romaguera, D., Fernández-Barrés, S., Phillipat, C., Garcia Esteban, R., López-Vicente, M., Vioque, J., Fernández-Somoano, A., Tardón, A., Iñiguez, C., Lopez-Espinosa, M.-J., García de la Hera, M., Amiano, P., Ibarluzea, J., Guxens, M., Sunyer, J., & Julvez, J. (2019). Maternal nut intake in pregnancy and child neuropsychological development up to 8 years old: a population-based cohort study in Spain. *European Journal of Epidemiology*, 34(7), 661–673. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00521-6>
- Gonzalez, P. D. R., Prates, L. A., Schmalfuss, J. M., Lipinski, J. M., Escobal, A. P. de L., & Silva, M. L. C. da. (2021). Práticas de atenção ao parto na experiência de

- puérperas: análise à luz da humanização. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 11, e37. <https://doi.org/10.5902/2179769253146>
- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. (5nd ed.). Lisboa: Lidel
- Guimarães, B. E. de B., & Branco, A. B. de A. C. (2020). Trabalho em equipe na atenção básica à saúde: pesquisa bibliográfica. *Revista Psicologia E Saúde*, 12(1), 143–155. <https://doi.org/10.20435/pssa.v12i1.669>
- Honkavuo, L. (2021). Women’s experiences of cultural and traditional health beliefs about pregnancy and childbirth in Zambia: An ethnographic study. *Health Care for Women International*, 42(4–6), 374–389. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1898613>
- Hood, R. W., Hill, P. C., & Spilka, B. (2018). *The Psychology of Religion*, Fifth Edition. Guilford Publications.
- International Council of Nurses (ICN). (2019). *Advanced Nursing Practice: A Global Perspective*. ICN
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000081.pub3>
- Johnson, Larry (2019). Deficiência de vitamina C. Manual MSD Versão Saúde Para a Família; Manuais MSD. <https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-nutricionais/vitaminas/defici%C3%A2ncia-de-vitamina-c>
- Lima, M. V. C. de, Oliveira, K. K. D. de, Queiroz, J. M. de, & Lima, T. J. A. de. (2023). Conhecimento e práticas dos profissionais de saúde e das gestantes no uso de plantas medicinais. *Revista de Educação Popular*, 22(2), 302–321. <https://doi.org/10.14393/REP-2023-68723>
- Lee, A., Newton, M., Radcliffe, J., & Belski, R. (2018). Pregnancy nutrition knowledge and experiences of pregnant women and antenatal care clinicians: A mixed methods approach. *Women and Birth*, 31(4), 269–277. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.010>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Comité Português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés MANUAL DE ALEITAMENTO MATERNO. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

- Lopes, G., De Carvalho Gonçalves, A., Gouveia, H. G., & Armellini, C. J. (2019). Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
- Luzia, C., & Eduarda, B. (2023). Os cuidados de enfermeiras obstétricas às puérperas durante o período de Greenberg. *Studies in Health Sciences*, 4(2), 463–473. <https://doi.org/10.54022/shsv4n2-016>
- Mahmoodabad, S. S. M., Sadeghi, S., Khodayarian, M., Nadjarzadeh, A., & Fallahzadeh, H. (2020). Exploring the nutritional beliefs of pregnant women in Yazd city. *PubMed*, 61(4), E545–E552. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2020.61.4.1625>
- Marins, R. B., Cecagno, S., Gonçalves, K. D., Braga, L. R., Ribeiro, J. P., & Soares, M. C. (2020). Tecnologias de cuidado para o alívio da dor na parturição. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 275–280. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1047845>
- Marques, J. B., & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(4), 613–620. <https://doi.org/10.20344/amp.480>
- Martins, M. de F. da S. V., & Fuentes, M. P. (2020). Bem-estar e espiritualidade na gravidez. *Quaderns de l'Institut Català D'Antropologia*, 36 (1), 37–47. <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns/article/view/230/150>
- Moita, M. A. G., & Silva, A. L. (2016). Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica [Review of Modelos de Competência Cultural: Uma Análise Crítica]. *Pensar Enfermagem*, 20(2). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23731/1/Doc4_72_88.pdf
- Monteiro, A. K. de D., & Pereira, B. G. (2019). ENFERMEIRO COMO ATOR SOCIAL INCENTIVADOR DO ALEITAMENTO MATERNO: REVISTA de SAÚDE DOM ALBERTO, 4(1), 62–76. <https://revista.domalberto.edu.br/revistadesausedomalberto/article/view/138/137>
- Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M., Marmolejo-Martín, J. A., Kapravelou, G., Fernández-Gómez, E., & Martín-Salvador, A. (2022). Cultural influence on the expression of labour-associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05173-1>

- Netto, L., Silva, K. L., & Rua, M. dos S. (2018). Reflective practice and vocational training: theoretical approaches in the field of Health and Nursing. *Escola Anna Nery*, 22(1). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0309>
- Nogueira, J., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (no 8), 57–66. <https://doi.org/10.12707/rrii1214>
- Oğlak, S. C., & Obut, M. (2020). Effectiveness of perineal massage in the second stage of labor in preventing perineal trauma. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*, 26(2), 88–93. <https://doi.org/10.21613/gorm.2020.1068>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Livro de Bolso. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA. Assembleia do Colégio Da Especialidade de Saúde Materna E Obstétrica. https://ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). A multiculturalidade e os desafios para a prestação de cuidados de saúde (O. E. dos Açores, Ed.) https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25776/ao_mar22.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2018). WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- Page, M. J., Mckenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Asbjørn Hróbjartsson, Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., Mcdonald, S., & Mcguinness, L. A. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews.
- Paiva, P., Letícia Becker Vieira, Valéria Lindner Silva, & Marcele Zveiter. (2022). O uso da própria voz no trabalho de parto: um estudo fenomenológico. 43. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220215.pt>
- Palmer, C. M., & Jiang, Y. (2022). Limiting Oral Intake during Labor: Do We Have It Right? *Anesthesiology*, 136(4), 528–530. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000004170>

- Pereira, E. V., Belém, J. M., Alves, M. J. H., Torquato, J. A. S., Firmino, P. R. A., Fialho, A. V. de M., & Quirino, G. da S. (2022). Factors associated with sexual practices and JBI Evidence Synthesis positions performed by pregnant women: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3).
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0162>
- Pimentel, C., Macedo, L., Claudelí Mistura, Daniel Dias Cruz, Anna Cléa Ferreira, & Catarina Xavier Fernandes. (2015). SABERES POPULARES E PRODUÇÃO DE SAÚDE: REPENSANDO PRÁTICAS NO CUIDADO MATERNO-INFANTIL. *Revista de APS*, 18(4), 492–499.
- P. O. Rodrigues, Azevedo, T. C. C. de, & Correia-Santos, A. M. (2022). Dietas vegetarianas na nutrição de mulheres grávidas. *Research, Society and Development*, 11(4), e6911427162. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27162>
- PORDATA. (2023). *Www.pordata.pt*.
<https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- Ramos, F. & Cardoso, A. (Eds.) (2022). E-book I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica: Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades. Porto, CHTS
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Ordem Dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). Ordem Dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Reis, A. M. S. C. (2015), Da multiculturalidade em cuidados às competências nos enfermeiros: os imigrantes e a prática clínica em Cuidados de Saúde primários, Saarbrücken: Novas Edições Académicas.
- Ribeiro, J. P., Gomes, G. C., Silva, B. T. da, Cardoso, L. S., Silva, P. A. da, & Strefling, I. da S. S. (2015). PARTICIPAÇÃO DO PAI NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO: REFLETINDO AS INTERFACES DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. *Espaço Para a Saúde*, 16(3), 73–82.
<https://doi.org/10.22421/15177130-2015v16n3p73>
- Ribeiro, T. de F., Cirilo, D. de S., & Sá Menezes, A. P. (2016). Roda de conversa: Mitos e verdades sobre o colostro. *Revista Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 14(1), 24–33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5344031>

- Rodrigues, B., Lara, & Schlindwein, P., Vanessa Cristiane. (2022). Principais chás e infusões utilizados durante a gestação e seus efeitos nesse período: uma revisão de literatura. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/232550>
- Samovar, L. A., Porter, R. E., McDaniel, E. R., & Roy, C. S. (2021). Comunicação Intercultural: Um Enfoque para Profissionais. Cengage Learning
- Santiago, C., Figueiredo, M. H., & Basto, M. (2020, janeiro). Meanings attributed by migrant women to nursing care during pregnancy to postpartum. *Rev ROL Enferm* 43(1), 146-153. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31410/1/146-153.pdf>
- Santos, A. C. de M., Nascimento, C. D. do, Campos, T. C. de, & Sousa, N. N. A. G. de. (2021). Atuação da enfermagem no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto/ Ursing performance in the use of non-pharmacological methods for pain relief during child labor. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 9505–9115. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-643>
- Sartori, L., & Chana. (2023). O uso de plantas medicinais e fitoterápicos durante a gravidez: uma revisão integrativa. *Revista Fitos*. <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2023.1467>
- Sebastiani, G., Herranz Barbero, A., Borrás-Novell, C., Alsina Casanova, M., Aldecoa-Bilbao, V., Andreu-Fernández, V., Pascual Tutusaus, M., Ferrero Martínez, S., Gómez Roig, M., & García-Algar, O. (2019). The Effects of Vegetarian and Vegan Diet during Pregnancy on the Health of Mothers and Offspring. *Nutrients*, 11(3), 557. <https://doi.org/10.3390/nu11030557>
- Serviço Estrangeiros e Fronteiras. (2021) SEFSTAT – Portal de Estatística. <https://sefstat.sef.pt/Docs/Rifa2021.pdf>
- Silva, R. C. F. da, Westphal, F., Assalin, A. C. B., Silva, M. I. M. da, & Goldman, R. E. (2020). Satisfação de puérperas acerca da assistência ao parto e nascimento. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 14. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.245851>
- Sistema Nacional Saúde 24 (2023). *Amamentação*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/amamentacao/>
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Basic Books
- Souza, G. L. de A., Siqueira, G. de P., Oliveira, A. da S., Rocha, M. F. N. da, & Silva, M. F. S. (2021). Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical. *Research*,

Society and Development, 10(12), e366101220510. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20510>

Souza, I. L. A. de, Sales, W. B., Pereira, L. E. A., Oliveira, A. S. C. de, & Dias, V. da N. (2022). Sexualidade na Gestação e Fatores Associados: uma revisão integrativa. *Revista de Ciências Da Saúde Nova Esperança*, 20(1), 7–14.

<https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/748/493>

Thais Silva Carvalho, F., & Almeida, M. V. (2020). Icterícia neonatal e os cuidados de enfermagem: relato de caso. *Health Residencies Journal - HRJ*, 1(8), 1–11.

<https://doi.org/10.51723/hrj.v1i8.142>

UNICEF. (2016). About Baby Friendly - Unicef UK. Baby Friendly Initiative.

<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/about/>

World Health Organization (WHO). (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO.

<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>