



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

X MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

## **ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

**“CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DOS CASAIS NEPALESES,  
DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO: UM ESTUDO  
EM PORTUGAL”**

Milene Isabel Escalhorda Gante Ferreira

Coimbra, maio de 2023





escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

X MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

## **ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

### **“CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DOS CASAIS NEPALESES, DURANTE A GRAVIDEZ, PARTO E PÓS-PARTO: UM ESTUDO EM PORTUGAL”**

Milene Isabel Escalhorda Gante Ferreira

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria Poço Santos

Coorientadora: Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano

Relatório de Estágio em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Coimbra, maio de 2023



## AGRADECIMENTOS

Ao longo destes dois anos e meio de Mestrado, foram muitas as pessoas a quem quero agradecer. Em primeiro lugar, à minha família, marido Pedro e filhos Mara e Duarte, pelo apoio incondicional neste período de ausência de atenção, em prol de um objetivo pessoal e profissional. Aos meus pais, Teresa e António por estarem sempre presentes e cuidarem dos netos na minha ausência e por estarem sempre do meu lado, a darem-me força e coragem para não desistir nem desanimar. Às minhas colegas do Centro de Saúde do Paião, pela disponibilidade demonstrada no auxílio da gestão dos horários do contexto laboral com o estágio. À minha Orientadora, a Senhora Professora Doutora Ana Maria Poço Santos, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra um agradecimento especial, pela disponibilidade sempre demonstrada, partilha do seu saber, bem como as sugestões de melhoria para enriquecimento de todo o meu relatório. Quero agradecer aos participantes do estudo, que me permitiram recolher os dados para a realização deste trabalho de investigação. E a todos que de forma direta ou indireta me motivaram e incentivaram para a elaboração deste mestrado, o meu muito obrigada.



## LISTA DE SIGLAS

ACM- Alto Comissariado para as Migrações

ACES- Agrupamento Centros de Saúde

APF- Associação para o Planeamento Familiar

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

BI-CSP- Bilhete de identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CE - Consulta Externa

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral da Saúde

DIU - Dispositivo Intrauterino

FIPE- Federação Internacional de Planeamento Familiar

HPV - Vírus do Papiloma Humano

HTA- Hipertensão Arterial

ICM- International Confederation of Midwives

IMTP - Indução Médica do Trabalho de Parto

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

INE- Instituto Nacional de Estatística

IG - Interrupção da gravidez

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESenfC- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MMF- Medicina Materno-Fetal

Nº- Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

PNV- Plano Nacional Vacinação

PP - Pós-Parto

p.- Página

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

RCCU - Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RCT - Registo Cardiotocográfico

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TP- Trabalho de parto

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama 1- Percepções sobre a Gravidez e Parentalidade.....	70
Figura 2- Diagrama 2- Crenças e Práticas Culturais durante a Gravidez.....	79
Figura 3- Diagrama 3- Crenças e Práticas Culturais durante o Parto.....	88
Figura 4- Diagrama 4- Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto (puérpera).....	91
Figura 5- Diagrama 5- Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto (RN).....	97



## RESUMO

Este trabalho visa explicar as competências adquiridas ao longo do 2º Ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, desenvolvidas ao longo dos diversos estágios, como também o desenvolvimento de um estudo de investigação, resultante de inquietudes surgidas no decorrer dos estágios. Estas prenderam-se essencialmente com a dificuldade sentida na prestação de cuidados de enfermagem especializados a casais grávidos migrantes, nomeadamente casais nepaleses.

A migração tem sido uma constante ao longo dos tempos, mantendo-se até aos dias de hoje. A maternidade é um dos aspetos que mais é afetado com a migração. O conhecimento das crenças tradicionais, associadas a uma cultura diferente e durante um período específico, neste caso durante a gravidez, parto e pós-parto, torna-se essencial para uma melhoria significativa dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento da competência cultural dos enfermeiros, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (Santiago, 2020).

Este trabalho de investigação, desenvolvido na parte II, tem como objetivo principal identificar as crenças e práticas culturais dos casais nepaleses, durante a gravidez, parto e pós-parto, com filhos e inscritos numa unidade de saúde. Outros objetivos foram delineados, tais como: caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo e caracterização obstétrica das participantes.

Recorri à metodologia qualitativa, tipo I, exploratória e descritiva, amostra intencional de casais nepaleses com filhos, inscritos na unidade de saúde.

O instrumento de recolha de dados escolhido foi a entrevista semiestruturada, elaborada pela investigadora, tendo por base o documento “SER MÃE HINDU Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração” (Monteiro, 2007).

A entrevista foi de caráter anónimo e de participação voluntária, estruturada em 3 partes, a primeira relativa à caracterização sociodemográfica da amostra em estudo, a segunda caracterização obstétrica e por fim a terceira parte, no que concerne, às perceções da

gravidez e crenças e práticas culturais durante a gravidez, parto e pós-parto, da população em estudo.

Na primeira parte deste relatório descrevo as experiências que me proporcionaram o desenvolvimento das competências comuns e específicas de natureza científica, técnica e humana, regulamentadas para o exercício profissional do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Na segunda parte apresento o estudo de investigação, desenvolvido sobre “Crenças e Práticas Culturais, dos casais nepaleses, durante a Gravidez, Parto e Pós-parto: um estudo em Portugal”.

Deste modo, este estudo contribuirá para o conhecimento das crenças e práticas culturais dos casais nepaleses, durante a gravidez, parto e pós-parto. De forma a aperfeiçoar as competências culturais dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e consequentemente prestar cuidados de enfermagem culturalmente mais eficazes e com ganhos em saúde.

Palavras chave: Hindu; Crenças; Nepal; Gravidez; EEESMO, Competência Cultural

## SUMMARY

This work aims to explain the skills acquired during the 2nd year of the Master's Course in Maternal and Obstetric Health Nursing, developed over the various internships, as well as the development of an investigation study, resulting from concerns that arose during the internships. These were essentially related to the difficulty felt in providing specialized nursing care to pregnant migrant couples, namely Nepalese couples.

Migration has been constant over time, continuing to this day. Maternity is one of the aspects that is most affected by migration. Knowledge of traditional beliefs, associated with a different culture and during a specific period, in this case during pregnancy, delivery and postpartum, becomes essential for a significant improvement in nursing care, through the development of nurses' cultural competence namely Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health (Santiago, 2020).

This research work, developed in part II, has as main objective to identify the beliefs and cultural practices underlying the behavior of Nepalese couples, during pregnancy, delivery and postpartum, with children and enrolled in a health unit. Other objectives were outlined, such as: sociodemographic characterization of the study participants and obstetric characterization of the participants.

I resorted to qualitative methodology, type I, exploratory and descriptive, intentional or non-probabilistic sample of Nepalese couples with children, enrolled in the health unit.

The data collection instrument chosen was the semi-structured interview, prepared by the researcher, based on the document "BEING A HINDU MOTHER Practices and Rituals Relating to Maternity and Child Care in Hindu Culture in the Context of Immigration" (Monteiro, 2007).

The interview was anonymous and voluntary participation, structured in 3 parts, the first relating to the Sociodemographic Characterization of the sample under study, the second Obstetric Variables and finally the third part, with regard to Perceptions of Pregnancy, Beliefs and Cultural Practices during Pregnancy, Childbirth and Postpartum, of the study population.

In the first part of this report, I will describe the experiences that provided me with the development of common and specific scientific, technical and human skills, regulated for the professional practice of nurses specializing in Maternal and Obstetric Health.

In the second part, I will present the research study, developed on “Cultural Beliefs and Practices of Nepalese couples, during Pregnancy, Childbirth and Postpartum: a study in Portugal”.

In this way, this study will contribute to the knowledge of the beliefs and cultural practices of Nepalese couples, during pregnancy, childbirth and postpartum. In order to improve the cultural skills of Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing (EEESMO) and consequently provide culturally more effective nursing care with health gains.

Keywords: Hindu; Beliefs; Nepal; Pregnancy; Midwives, Cultural Competence

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
<b>PARTE I- COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS.....</b>	<b>19</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DA COMPONENTE PRÁTICA.....</b>	<b>19</b>
1.1-CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS.....	19
1.2-CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS NA MATERNIDADE.....	22
1.3-ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	26
1.4-ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIFICAS DO EEESMO .....	29
<b>PARTE II- COMPONENTE INVESTIGATIVA.....</b>	<b>51</b>
<b>1-ENQUADRAMENTO CONCETUAL.....</b>	<b>51</b>
1.1- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DA RELIGIÃO HINDU.....	51
1.2-MODELO CONCETUAL DO CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE	55
<b>2- METODOLOGIA: MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>61</b>
2.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
2.2- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	62
<b>3-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>65</b>
3.1- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.....	65
3.2- CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA.....	67
3.3- PERCEÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E PARENTALIDADE.....	68
<b>3.3.1- Valorização da Mulher grávida.....</b>	<b>70</b>
<b>3.3.2- Obrigatoriedade de ser Mãe.....</b>	<b>71</b>
<b>3.3.3- Filho como Graça Divina .....</b>	<b>72</b>
<b>3.3.4-Cumprimento do papel parental no Nepal .....</b>	<b>73</b>

3.4- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE GRAVIDEZ .....	79
<b>3.4.1-Crenças sobre a determinação do sexo do bebê.....</b>	<b>80</b>
<b>3.4.2-Crenças relativas à Interdição Cultural.....</b>	<b>82</b>
<b>3.4.3- Crenças relativas à Prescrição Cultural.....</b>	<b>85</b>
<b>3.4.4-Rituais Festivos.....</b>	<b>86</b>
3.5- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE O PARTO.....	87
<b>3.5.1- Crenças relativas a Sentimentos.....</b>	<b>88</b>
<b>3.5.2- Crenças relativas a Estratégias Não Farmacológicas de Alívio da Dor.....</b>	<b>89</b>
<b>3.5.3-Crenças relativas à Presença do Convivente Significativo.....</b>	<b>90</b>
3.6- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE O PÓS-PARTO, RELACIONADAS COM A PUÉRPERA.....	91
<b>3.6.1-Crenças relativas à Interdição Cultural.....</b>	<b>92</b>
<b>3.6.2-Práticas Proibidas.....</b>	<b>94</b>
<b>3.6.3- Crenças relativas à Prescrição Cultural.....</b>	<b>95</b>
3.7- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE O PÓS-PARTO, RELACIONADAS COM O RECÉM-NASCIDO.....	96
<b>3.7.1 Crenças relativas aos Cuidados de Higiene e Conforto.....</b>	<b>97</b>
<b>3.7.2. Crenças sobre Rituais Supersticiosos.....</b>	<b>99</b>
<b>3.7.3. Crenças relativas à Amamentação .....</b>	<b>100</b>
<b>3.7.4. Crenças relativas a Rituais Festivos.....</b>	<b>101</b>
CONCLUSÃO.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111

## **APÊNDICES**

**Apêndice I-** Caracterização Sociodemográfica dos participantes do estudo

**Apêndice II-** Caracterização Obstétrica das participantes no estudo

**Apêndice III-** Diagrama Geral da Análise de Conteúdo segundo Bardin (5)

**Apêndice IV-** Instrumento de Recolha de dados: Entrevista Semiestruturada

**Apêndice V-** Declaração de Consentimento Informado

## **ANEXOS**

**ANEXO I –** Parecer da Comissão de Ética da UICISA-E, ESEnfC

**ANEXO II –** Parecer da Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego



## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, inserida no 2º ano do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para obtenção do grau de Mestre, 2º ciclo de estudos, foi realizado este Relatório de Estágio.

Pretendo refletir como adquiri as competências comuns e específicas para atingir o grau de Mestre em ESMO e desenvolver um estudo de investigação, cuja questão de investigação emergiu de inquietudes decorrentes dos estágios, nomeadamente da prestação de cuidados de enfermagem a utentes migrantes.

A migração tem sido uma constante ao longo dos tempos, mantendo-se até aos dias de hoje. A maternidade é um dos aspetos que mais é afetado com a migração. O conhecimento das crenças tradicionais, associadas a uma cultura diferente e durante um período específico, neste caso durante a gravidez, parto e pós-parto, torna-se essencial para uma melhoria significativa dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento da competência cultural dos enfermeiros, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica (Santiago, 2020).

Como profissionais de saúde que vivem numa sociedade multicultural, seria incomum os EEESMO não se depararem com uma mulher que é cultural e etnicamente diferente de si mesmos. Estes devem focar-se em aspetos culturais do estilo de vida da utente, crenças e práticas de saúde; devem possuir competências comunicacionais, estando atentos às respostas verbais e não-verbais das utentes; saberem negociar e assumir um compromisso cultural, ficando mais atentos aos aspetos da cultura da utente. Devem estabelecer um relacionamento terapêutico que represente o respeito genuíno pelas crenças e valores culturais da utente; prestar cuidados culturalmente sensíveis a um grupo culturalmente diversificado, permitindo que as utentes obtenham um senso de segurança cultural (Değer, 2018 citado por Domingos, 2019).

No decorrer da primeira parte do relatório pretendo dar resposta às seguintes questões: quais as experiências que contribuíram para a minha aprendizagem? Que dificuldades senti e o que fiz para as ultrapassar? Com o intuito do desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO.

A temática selecionada para o estudo de investigação pretende dar resposta à questão: Quais as Crenças e Práticas Culturais, dos casais nepaleses, durante a Gravidez, Parto e Pós-Parto?

Tem como objetivo principal identificar as crenças e práticas culturais dos casais nepaleses, durante a gravidez, parto e pós-parto, com filhos e inscritos numa unidade de saúde. Outros objetivos foram delineados, tais como: caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo e caracterização obstétrica das participantes.

Desenvolveu-se um estudo de carácter qualitativo, exploratório descritivo, nível 1.

A amostra foi constituída por 7 casais nepaleses com filhos, inscritos na unidade de saúde. O instrumento de recolha de dados foi a entrevista semiestruturada elaborada pela investigadora, tendo por base o documento “SER MÃE HINDU Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração” (Monteiro, 2007).

Para a elaboração deste trabalho utilizei como metodologia a pesquisa bibliográfica diversa através da plataforma EBSCOhost, nas bases de dados: B-on; CINAHL Complete; PubMed; Medline; RCAAP; e através do Google Académico. Recorri à leitura e análise dos artigos científicos relacionados com os conteúdos explanados na parte I e II deste relatório. Na parte investigativa utilizei como modelo orientador de investigação qualitativa, Laurence Bardin (2013).

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes. Parte I com a descrição dos contextos de prática clínica desenvolvida ao longo do 2º ano do Mestrado, seguindo-se uma análise crítica da consecução das competências comuns e específicas do EEESMO. A Parte II com a descrição de toda a componente de investigação composta por um enquadramento teórico, descrição da metodologia, análise e discussão dos resultados e conclusão, fazendo a sua transposição para a minha prática enquanto futura EEESMO.

Este trabalho é concluído com uma nota final sobre a importância deste percurso no meu desenvolvimento pessoal e profissional e contributos da realização do trabalho de investigação para a prática profissional do EEESMO.

## **PARTE I- COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS ADQUIRIDAS**

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em duas partes, a parte I explana a aquisição das competências comuns e específicas no decorrer dos vários contextos de estágio e que vou descrever de seguida.

### **1-DESCRIÇÃO DA COMPONENTE PRÁTICA**

Após a conclusão do 2º ano do Curso de Mestrado em EESMO, que integrou o conhecimento teórico adquirido no primeiro ano e o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO durante os estágios, torna-se essencial a análise e descrição dos vários contextos de estágio. A componente prática decorreu em três blocos de estágio, nomeadamente Bloco A com os estágios de Comunidade e Consulta Externa, Bloco B, Unidades de Internamento de Grávidas Materno-Fetal e Unidades de Internamento de Puérperas e Bloco C em Sala de Partos.

Segue-se assim uma contextualização da prática clínica e descrição dos serviços onde realizei os estágios, refletindo posteriormente sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMO.

#### **1.1- CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

O estágio em cuidados de saúde primários (CSP) realizou-se na Consulta Externa de Obstetrícia/Ginecologia de um hospital não central, durante 8 semanas e numa Unidade de Saúde Familiar da área de abrangência desse hospital, durante uma semana. O estágio decorreu entre 12 de outubro e 17 de dezembro de 2021.

O serviço da Consulta Externa do hospital é constituído por várias valências médico-cirúrgicas, incluindo a área de obstetrícia e ginecologia.

O hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e

materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, procurando a melhoria contínua dos cuidados, tendo em conta as necessidades e as expectativas dos utentes.

Para além da consulta de enfermagem para apoio contínuo ao longo da gravidez, ministra também um Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, que reúne casais, avós e familiares, tendo como objetivo principal o treino de competências que visam receber e acompanhar da melhor forma o novo membro da sua família, nos seus primeiros tempos de vida. As grávidas que são seguidas nas consultas de vigilância pré-natal no hospital têm prioridade na inscrição do programa de preparação para o parto e parentalidade. Cada programa é constituído por 6 sessões com início às 28 semanas de gestação. O estágio coincidiu com tempo pandémico, estando a realização das aulas práticas condicionadas. Por esse fato, o programa apenas consistiu em aulas teóricas, já em formato presencial.

No que diz respeito aos recursos humanos, é composto por uma equipa de enfermagem de vinte elementos, entre eles 5 enfermeiros especialistas. Todos os elementos se encontram em regime de horário fixo semanal e com alguma rotatividade entre valências.

A Consulta de Obstetrícia/Ginecologia é realizada por duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e por quatro médicos obstetras/ginecologistas. Integra as seguintes áreas: consulta de vigilância de bem-estar fetal/obstetrícia; consulta aberta de obstetrícia (interrupção voluntária da gravidez); consulta de planeamento familiar; consulta de ginecologia geral; consulta de patologia da mama; patologia cervical e consulta de ginecologia urológica.

As grávidas seguidas nesta consulta são grávidas de baixo risco pré-natal, após a sua avaliação com recurso à tabela de Goodwin modificada. O score final monitoriza o risco da vigilância pré-natal. Grávidas cujo score sugere gravidez de médio e alto risco são vigiadas na maternidade.

A referenciação das grávidas à consulta externa é efetuada pelo médico de família das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiares (USF) da área de abrangência do hospital.

Existe um protocolo de vigilância pré-natal de baixo risco, partilhado entre o hospital e as Unidades de Cuidados de Saúde Primários, sendo da responsabilidade da Unidade Coordenadora Funcional Materno- Neonatal, o intercâmbio de informação entre ambas as unidades.

A vigilância pré-natal pode ser efetuada de forma partilhada, entre hospital e Cuidados de Saúde Primários ou exclusiva, simplesmente efetuada no hospital.

No caso de ser uma vigilância partilhada, são realizadas no Centro de Saúde a maioria das consultas de vigilância pré-natal, nomeadamente entre as 6-8 semanas de gravidez, às 16 semanas, 20 semanas, 24 semanas, 28 semanas, 36 semanas e depois quinzenalmente até ao parto.

No hospital são realizadas três consultas coincidentes com a realização das ecografias obrigatórias da vigilância pré-natal, de acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS). Entre as 11 semanas e 13+6 dias com realização de ecografia obstétrica do 1º trimestre e rastreio bioquímico; 20-22 semanas+6 dias para ecografia morfológica; 30-32 semanas +6 dias para ecografia obstétrica do 3º trimestre e semanalmente após as 36 semanas para realização de registo cardiotocográfico, para monitorização do bem-estar fetal.

Realizei também estágio numa Unidade de Saúde Familiar (USF), pertencente à área de abrangência do hospital, durante apenas uma semana.

A sua missão, de acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI- CSP) é: Prestar cuidados de saúde de qualidade, com rigor científico e humanismo, garantindo o respeito e o primado da pessoa; desenvolver ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, contribuindo para a vigilância e promoção da saúde das famílias; interagir com o utente e família de forma aberta, honesta e disponível e incentivar a formação contínua, melhorando a saúde de todos.

Esta USF oferece à população consultas de saúde do adulto, saúde infantil e juvenil, planeamento familiar (rastreio do cancro do colo do útero), saúde materna, diabetes, e hipertensão, sendo aplicados os protocolos da DGS.

No que diz respeito aos recursos humanos, é constituída por 7 médicos, 7 enfermeiras e 5 assistentes técnicas. Faz parte da equipa de enfermagem, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, uma Enfermeira Especialista de Pediatria, uma de Enfermagem de Saúde Comunitária e 4 enfermeiras generalistas.

O método de trabalho é o de Enfermeiro de Referência, neste caso enfermeiro de família, responsável pelos cuidados de enfermagem a todos os utentes do ficheiro clínico médico, constituindo deste modo a equipa de saúde.

Na área de atuação do EEESMO, são efetuadas as consultas de saúde da mulher que contemplam as consultas de planeamento familiar e climatério, englobando também o pré-concepcional e realização de rastreios do cancro do colo do útero. No âmbito da saúde materna são realizadas as consultas pré-natais, entre as 6-9 semanas; às 16 semanas; às 20 semanas, às 28 semanas; às 34 semanas, 38 semanas de gravidez, quinzenalmente até ao parto e consulta de revisão de puerpério, à 6ª semana de pós-parto.

De seguida, irei descrever o contexto de estágio em maternidade, tendo tido oportunidade de efetuar estágios em serviços de ambos os polos da Maternidade de Coimbra.

## 1.2-CONTEXTO DE ESTÁGIO EM CUIDADOS NA MATERNIDADE

O estágio na Maternidade foi realizado nos dois polos (A e B), que integram a mesma maternidade central. Realizei a maioria dos estágios no mesmo polo da Maternidade, à exceção do estágio no serviço de Medicina Materno-Fetal. O estágio de Sala de Partos (polo A) decorreu entre 3 de janeiro e 29 de abril de 2022, no serviço de Materno-Fetal (polo B) entre 6 e 27 de maio, na Consulta Externa da Maternidade (polo A) decorreu entre 30 de maio e 17 de junho, e por fim o estágio no serviço de Puerpério (polo A) foi realizado entre 26 de junho e 8 de julho de 2022.

A maternidade em questão integra o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), pertencente à Rede de Referenciação Materno-Infantil, apresentando-se como apoio diferenciado para os Centros de Saúde da área geográfica correspondente. Enquadra-se no Departamento de Ginecologia, Obstetrícia, Reprodução e Neonatologia do hospital.

A maternidade têm como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação às mulheres da sua área de influência e às de proveniência regional e nacional, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde; a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos institucionais e redes de referenciação europeias; a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado, e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínicas, e a integração de redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais.

A maternidade divide-se em vários serviços de assistência tais como: Urgência Obstétrica e Ginecológica, Internamento (serviço de Medicina Materno-Fetal e Puerpério), Neonatologia, Consulta Externa e Sala de Partos.

O método de trabalho de enfermagem existente em todos os serviços é o Método Individual.

A missão da sala de partos é garantir um atendimento de qualidade e segurança na prestação de cuidados obstétricos à parturiente e recém-nascido, privilegiando sempre o trabalho pluridisciplinar e interdisciplinar da equipa e as relações interpessoais.

Os objetivos dos EEESMO passam sobretudo, por fomentar o parto natural, a autonomia da mulher/família na tomada de decisão, possibilitando e defendendo uma prática de cuidados segura, que garanta o bem-estar materno-fetal.

O serviço de Sala de Partos onde realizei o estágio (polo A) encontra-se situado no 1º piso do edifício, integra também o bloco cirúrgico, localizado no 2º piso do mesmo.

No que respeita à estrutura física, é constituído por um hall para acolhimento e receção do convivente significativo da parturiente; um bloco cirúrgico para situações emergentes; 7 quartos de parto, tendo sido o quarto 4 e 7 selecionados para acolher parturientes, sem resultado de teste covid 19. De referir que quando realizei o estágio, era emergente a pandemia por Covid 19. O motivo da escolha prende-se com o fato destes quartos possuírem boxes individualizadas para assistência ao recém-nascido. Os restantes quartos partilham dois a dois a mesma box. Na zona central, encontra-se o quadro centralizado dos registos cardiotocógrafos das parturientes presentes na sala de partos. Cada quarto estava apetrechado do material necessário para a prestação de cuidados à parturiente e ao RN.

Relativamente aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros ESMO; médicos obstetras, assistentes operacionais, pediatras e médicos anestesistas.

No que respeita à dotação de pessoal, estão escalados em cada turno 3 enfermeiros ESMO, médicos obstetras, anestesistas e pediatras (de serviço à urgência). As parturientes que dão entrada na Sala de Partos, provém do Serviço de Urgência, do Serviço de Medicina Materno -Fetal e por vezes da Consulta Externa.

O serviço de Medicina Materno-Fetal (MMF) é um serviço de internamento na maternidade que presta cuidados a mulheres grávidas com situações de patologia (cólica renal, colestase gravídica, diabetes mellitus, hipertensão), ameaças de parto pré-termo (APPT), início de trabalho de parto espontâneo, indução médica do trabalho de parto, interrupções médicas da gravidez.

Em relação à estrutura física do serviço, este localiza-se no 1º piso do edifício (Polo B), ao lado da Sala de Partos, tem a dotação de 14 camas, agrupadas em cinco quartos.

Uma vez admitidas no serviço, as grávidas são distribuídas pelo mesmo, de acordo com a sua condição clínica, estando os primeiros quartos reservados para o trabalho de parto, os do meio para as patologias e os últimos para as interrupções médicas da gravidez.

No que respeita a recursos humanos, a equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros ESMO, médicos obstetras, assistentes operacionais, secretários clínicos e assistentes sociais. Relativamente à dotação de enfermeiros, esta é de dois enfermeiros em cada turno, havendo acréscimo de um elemento no turno da manhã, quando necessário. As grávidas dão entrada no serviço, provenientes do serviço de Urgência e Consulta Externa.

O serviço de MMF implementou dois projetos de melhoria continua da qualidade: o Programa MAE e a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés. O Programa MAE, que significa “Motivar, Apoiar e Estimular” pressupõe uma articulação entre o serviço e a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), proporcionando uma integração dos pais antecipadamente, diminuindo deste modo os níveis de ansiedade de pais de filhos prematuros.

A Consulta Externa tem como missão assegurar cuidados diferenciados à mulher grávida e pessoa significativa, direcionando-se especialmente às que apresentam patologia associada, e às de protocolo com os Cuidados de Saúde Primários, da área de abrangência do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Assegura também a promoção da saúde e a capacitação para a parentalidade e bem-estar fetal.

A Consulta Externa realiza consultas pré-concepcionais de risco identificado, consultas de obstetrícia geral, consultas de ginecologia e consulta prévia de orientação e apoio na interrupção voluntária da gravidez (IVG).

Nas consultas de obstetrícia são efetuados cuidados multidisciplinares (enfermagem, médico, nutrição e serviço social) a grávidas de baixo risco e de risco geral, onde se incluem os cuidados às grávidas com hipertensão, diabetes gestacional e outras patologias. Também é proporcionado consulta específica de obstetrícia a grávidas adolescentes, articulando-se com o serviço de psicologia e serviço social, sempre que necessário.

Nas consultas de ginecologia são realizados cuidados à mulher com patologia cervico-vulvar, mama, ginecologia urológica, oncológica e consultas de planejamento familiar, essencialmente para orientação contraceptiva com colocação de *Implanon* e dispositivos intrauterinos.

Os cuidados de enfermagem são prestados por 8 enfermeiros, 5 enfermeiros ESMO, 2 enfermeiros de Saúde Infantil e Pediátrica, 1 generalista e 1 enfermeira Gestora. Duas assistentes operacionais, estando uma permanente no setor da ecografia. A equipa médica é constituída por obstetras, pediatras, psiquiatras, endocrinologistas, da equipa multidisciplinar fazem parte, também, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

O serviço de Consulta Externa de Obstetrícia, puericultura e ecografia fica situado no R/c da Maternidade (polo A). É composto por 3 gabinetes de enfermagem, 7 gabinetes médicos, 3 salas de observação, uma de telemetria, e outra de cardiocografia, e ainda 3 salas de ecografia e 1 gabinete de enfermagem.

O serviço de Puerpério (polo A) encontra-se situado no 2º e 3º pisos da maternidade. No 2º piso encontram-se as puérperas preferencialmente submetidas a cesariana e no 3º piso puérperas de partos vaginais. A equipa de enfermagem é rotativa pelos dois pisos. A dotação dos enfermeiros é de três elementos no turno da manhã e de dois elementos nos turnos da tarde e noite. Os quartos possuem duas camas e um wc privativo, mas sempre que possível, a equipa de enfermagem prima pela privacidade de mãe e RN, ficando como quartos individualizados. As puérperas e RN, sem complicações, têm alta após 48h de internamento, tanto nos partos eutócicos como nas cesarianas.

A equipa de enfermagem possui enfermeiros ESMO, uma de pediatria, duas enfermeiras generalistas e uma enfermeira gestora.

A presença do pai foi limitada pela situação pandémica vivenciada, ficando com um horário mais reduzido, o que se tornou num fator de ansiedade para as mães.

Estes contextos de estágio foram cruciais para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO, que passo a descrever.

### 1.3-ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As competências comuns do enfermeiro especialista estão enquadradas no Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro, da Ordem dos Enfermeiros.

As competências comuns são as partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Diário da República, 2019).

Estão divididas em quatro domínios de intervenção: o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, o domínio da Gestão dos Cuidados e o domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

No domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, ao longo dos estágios mencionados anteriormente, procurei desenvolver uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. E garantir práticas de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Tive presente como documentos de base, o Código Deontológico dos Enfermeiros; Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Gerais e Especializados; o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE); Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis do Milénio (ODS) (2020-2030); a Carta dos Direitos Sexuais e reprodutivos da Federação Internacional de Planeamento Familiar (FIPF).

Os ODS visam a erradicação da pobreza, redução das desigualdades, o crescimento económico, ao mesmo tempo que se combate as alterações climáticas e se preserva os ecossistemas. Considero fulcral esta consciência e conhecimento sobre os ODS como desenvolvimento a título pessoal como profissional. De acordo com a Associação para o

Planeamento da Família (APF), a prestação dos cuidados em saúde reprodutiva passa a constituir uma prioridade, de modo a cumprir metas como a diminuição da mortalidade materna e infantil, eliminação do aborto não seguro ou redução das taxas ao nível das infeções sexualmente transmissíveis, com particular relevância para o VIH/SIDA. Várias iniciativas mundiais sucedem-se e os programas de planeamento familiar começam a ser desenhados, tendo em conta preocupações sociais.

Durante a prestação de cuidados procurei colocar em prática os “Deveres do EEESMO”, que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015),

consiste em trabalhar em parceria com as mulheres/casais grávidos, com base nos direitos humanos universais (direito ao consentimento informado; direito à recusa do tratamento médico; direito à saúde; direito ao tratamento igualitário, direito à privacidade e direito à vida); promover a capacitação/empoderamento das mulheres/casais face às tomadas de decisões inerentes ao planeamento familiar, gravidez, trabalho de parto, parto e puerpério; legitimar a informação que a mulher grávida detém face à gravidez, trabalho de parto e parto; esclarecer dúvidas existentes; discutir o plano de parto; não interferir na vivência da gravidez e parto; oferecer à mulher durante a gravidez e parto assistência que integre o respeito do exercício do seu direito à integridade física, autodeterminação e à privacidade; promover um modelo assistencial holístico, o qual atenda às dimensões biopsicossociais da grávida, considerando a mulher no seu todo, incluindo os seus sentimentos e valores, sem exercer juízos de valor e sedimentar a sua prática profissional com atualização científica sedimentada. (p.20).

A qualidade da assistência é um dever do EEESMO, pois uma alteração pode influenciar a qualidade de vida da mulher e grávida com repercussões a nível social, psicológico, corporal, de vida conjugal e a nível de gastos do Sistema Nacional de Saúde.

Ao longo dos estágios procurei ser assídua e pontual. Demonstrei uma atitude de respeito pelos princípios ético-deontológicos que regem a profissão de enfermagem. Bem como demonstrei uma atitude de empatia, interesse, disponibilidade e iniciativa nos diferentes momentos de aprendizagem. A capacidade de gestão de conflitos e a comunicação assertiva foram dois aspetos importantes, pois permitiram-me uma maior facilidade na adaptação aos diferentes contextos de estágio.

No domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, desenvolvi alguns projetos de melhoria da qualidade tais como: no âmbito da Prevenção e Controlo de Infecção, elaborando um projeto de Melhoria da Higiene das Mãos a implementar no Centro de Saúde, colaborei na realização de um projeto como proposta de Cantinho da Amamentação, na Consulta Externa da Maternidade. Elaborei vários folhetos informativos de apoio à consulta de enfermagem de vigilância pré-natal, na Consulta Externa do hospital. Procurei garantir um ambiente terapêutico e seguro às grávidas e acompanhantes, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais.

No domínio da Gestão dos Cuidados, participei na gestão dos recursos humanos e materiais realizada pelas enfermeiras gestoras ou pelas enfermeiras especialistas na ausência das mesmas. Colaborei na otimização da resposta da equipa de enfermagem em articulação com a restante equipa de saúde e na adaptação da gestão dos recursos humanos e materiais às diferentes situações, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Em Cuidados de Saúde Primários, colaborei com a enfermeira especialista na verificação da reposição de stock semanal, pedido de material clínico e hoteleiro mensal e análise e validação da assiduidade do pessoal de enfermagem.

No domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, nos vários contextos de estágio procurei desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a prática clínica especializada em evidência científica. Recorri a leitura de pesquisa bibliográfica diversa, de modo a consolidar e aprofundar os conhecimentos e esclarecer dúvidas existentes, decorridas da prática clínica. As pesquisas efetuadas foram partilhadas e analisadas pelos enfermeiros tutores, no âmbito de algumas dificuldades sentidas na prática ou dúvidas existentes, sendo essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional. Participei também em eventos científicos, tais como no Webinar “Impacto da Pandemia na USF- Gestão da Saúde” promovido pela Unidade de Saúde Familiar, numa *Nursing share* do Hospital Universitário de Coimbra sobre “Cuidados de enfermagem do pré ao pós-natal: uma visão integrativa” e apresentação de projetos de melhoria contínua na área. E frequentei uma formação sobre Programas de Preparação para o parto/nascimento, certificada pela “Uterus- Saúde Integrativa da Mulher”.

Senti necessidade de obter mais conhecimentos acerca da multiculturalidade, uma vez que, no estágio de Cuidados de Saúde Primários, me deparei com a assistência a mulheres e grávidas de diversas nacionalidades. No estágio das Consultas Externas no hospital,

prestei cuidados de vigilância pré-natal a várias grávidas de nacionalidade nepalesa. Pelo que senti necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da sua cultura, hábitos, tradições e conhecer estratégias facilitadoras da comunicação. Comecei a interessar-me pela área da competência intercultural do enfermeiro, área que desconhecia até então.

#### 1.4- ANÁLISE CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (2015), a excelência dos cuidados prestados deve ser o objetivo primeiro dos EEESMO, ao longo de todo o seu percurso profissional. A prestação de cuidados de qualidade é imprescindível para que seja considerado profissional de referência para as suas utentes (p. 13).

A prestação de cuidados específicos de enfermagem tem por base as Competências Específicas do EEESMO, que estão contempladas no Regulamento 391/2019 de 3 maio, da Ordem dos Enfermeiros:

- a) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;*
- b) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;*
- c) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;*
- d) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;*
- e) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período de climatério;*
- f) Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;*
- g) Cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade;*

O reconhecimento das qualificações profissionais do EEESMO, pela Ordem dos Enfermeiros (OE), com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, vai de encontro com “Os Padrões de Qualidade do EESMO”, enquadradas no “Livro de Bolso do EEESMO” da Ordem dos Enfermeiros, com as exigências traçadas pela Diretiva Europeia 2013/55/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro, transposta pela Lei nº26/2017 de 30 de maio, para legislação nacional, que quanto às experiências mínimas exige:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos 100 exames pré-natais;
- Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização de, pelo menos 40 partos, no mínimo 30, na condição de participar, para além daqueles, em 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica, ou formação por simulação;
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura;
- Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto em situação de risco;
- Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- Observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais;
- Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia.

De seguida irei descrever as atividades que efetuei e os objetivos a que me propus, de modo a adquirir cada competência do EEESMO.

- ***Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do Planeamento Familiar e durante o Período Preconcepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.***

De modo a adquirir esta competência, propus-me durante o estágio de Cuidados de Saúde Primários e no estágio da Consulta Externa do hospital e maternidade, a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções no âmbito da adesão e gestão de métodos contraceptivos, aconselhamento contraceptivo, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, orientando os casais em idade fértil para uma decisão livre e esclarecida no âmbito do planeamento familiar. Para isso recorri a vários documentos essenciais, tais como o “Consenso sobre Contraceção 2020”; “Orientações de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar” da DGS (2008); a Norma da DGS “Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais de 18/03/98”; o Parecer nº37/2018 da OE sobre “Implementação de

Métodos Contracetivos por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica” e o Parecer nº 13/2021 da OE sobre “Inserção e remoção de implante subcutâneo/DIU”.

De acordo com a APF, as consultas de planeamento familiar têm como objetivos promover uma vivência sexual gratificante e segura; preparar uma maternidade e paternidade saudáveis; prevenir a gravidez indesejada; reduzir os índices de mortalidade e morbidade materna, perinatal e infantil e reduzir o número de infeções sexualmente transmissíveis.

Ainda no âmbito do planeamento familiar, destaco a importância da realização do Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), realizado a todas as mulheres elegíveis, dos 25 aos 64 anos inclusive. Neste sentido, o EEESMO concebe, planeia, coordena, implementa e avalia intervenções de rastreio e diagnóstico da situação de saúde da mulher, no sentido de promover a saúde ginecológica e ainda lhe atribui a competência de diagnosticar e monitorizar afeções do aparelho génito-urinário, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (OE, 2019). Também, o Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, emitiu um Parecer 8/2020, sobre a autonomia do EEESMO na realização das colpocitologias, no âmbito do Rastreio do Cancro do Colo do Útero. Tive a oportunidade de realizar a técnica da colpocitologia, com a supervisão médica e da enfermeira tutora, no âmbito do RCCU, a quatro mulheres elegíveis durante o estágio na USF.

Nas consultas de planeamento familiar, informei, instruí as mulheres a realizarem o autoexame da mama e rastreio do cancro da mama, com a realização da mamografia, a partir dos 50 anos, através da convocação pela Liga Portuguesa Contra o Cancro.

A prevenção de complicações é um dos objetivos dos cuidados especializados do enfermeiro, pelo que, no estágio da Consulta Externa do hospital, tive a oportunidade de colaborar na consulta de Patologia Cervical, durante a realização de biópsia cutânea do colo uterino. Os resultados positivos para Vírus do Papiloma Humano (HPV) e com lesões, realizados nos Centros de Saúde, no âmbito do RCCU, são automaticamente referenciados para a consulta do hospital de Patologia Cervical. Esta vivência permitiu-me refletir sobre a necessidade e importância da vacinação e do seu diagnóstico precoce através do rastreio. Recorri à leitura dos Consensos da Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014), sobre Infeção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo, vulva e

vagina e a importância da prevenção primária através da vacinação profilática contra o HPV. No âmbito do Plano Nacional de Vacinação (2020), estão elegíveis para vacinação com vacina *Gardasil*, as raparigas e rapazes com 10 anos.

Tive oportunidade de realizar consultas de planeamento familiar durante o estágio nas Consultas Externas do hospital, na USF e nas Consultas Externas da maternidade. A maioria das consultas em que colaborei, durante o estágio na Consulta Externa do hospital, destinavam-se essencialmente à colocação de dispositivos intradérmicos (*Implanon*) ou dispositivos intrauterinos (DIU), muitas vezes mulheres referenciadas dos Centros de Saúde, por falta de profissionais com experiência e treino na sua colocação. O Parecer N.º 74/2010 do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros vem esclarecer que se o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica adquiriu formação e treino em contexto académico ou em contexto de formação contínua sobre a aplicação destes métodos contraceptivos, pode aplicar o implante subcutâneo ou o DIU. Acrescenta ainda que os EEESMO, pela natureza da especificidade da sua preparação científica e técnica no domínio da obstetrícia e ginecologia, estão habilitados para assumir a responsabilidade pela implementação destas intervenções.

Constatei que, no estágio de Consulta Externa no hospital, não existia consulta de enfermagem de planeamento familiar. As consultas eram realizadas apenas pelo médico ginecologista. Neste contexto, tive oportunidade de remover dois dispositivos intrauterinos e colaborar na inserção de outros três. Questionei a enfermeira gestora da Consulta Externa do hospital sobre a importância da existência de uma consulta de enfermagem de planeamento familiar. A resposta foi que seria excelente a sua existência, mas não possuía recursos humanos suficientes e que teria de gerir prioridades e no seu ponto de vista a área da obstetrícia teria prioridade à área do planeamento familiar. Por outro lado, tive oportunidade de colaborar em consultas de enfermagem de planeamento familiar na USF. Devido ao período de estágio ser diminuto nesta unidade, as oportunidades de colaboração em consultas de planeamento familiar foram reduzidas. Mas tive oportunidade de realizar 5 consultas de planeamento familiar, sendo uma delas no âmbito da preconceção. Torna-se premente para mim a importância de sensibilizar as mulheres em idade fértil, e que pretendam engravidar, para a realização atempada de uma consulta de enfermagem e médica pré-concepcional. Que são reconhecidas como ganhos em saúde. Tive oportunidade de consultar a Norma da DGS 001/2023 sobre “Organização dos Cuidados de Saúde na Preconceção, Gravidez e Puerpério”.

A segunda competência do regulamento de competências, visa:

- *Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período Pré-Natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*

Os objetivos definidos foram conceber, planear e implementar consultas de vigilância de enfermagem de saúde materna e obstétrica, recorrendo à educação para a saúde e promoção de hábitos de vida saudáveis e avaliação do bem-estar materno-fetal, através da informação sobre alterações fisiológicas e psicológicas da gravidez, prevenção de doenças infecciosas, direitos parentais, vacinação, monitorização do bem estar materno-fetal, discussão do plano de parto e trabalho de parto e parto (estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor, exercícios da pelve e técnicas de respiração).

Realizei 102 consultas de vigilância de enfermagem a grávidas de baixo e médio risco, bem como 103 exames pré-natais entre os quais: Manobras de Leopold, Auscultação Cardíaca Fetal com o doppler, Registo Cardiotocográfico e Toque vaginal, tendo sido o objetivo superado.

As consultas de enfermagem de vigilância pré-natal de baixo risco foram realizadas nas Consultas Externas do hospital e na USF, em contexto de estágio de cuidados primários. As consultas de enfermagem de vigilância pré-natal de médio e alto risco foram realizadas em contexto de Consultas Externas na maternidade.

Como documentos de consulta e apoio para a realização das consultas de enfermagem nas diversas consultas de saúde materna, recorri ao “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS (2015), ao “Plano Assistencial de Cuidados Pré-Natais para a Gravidez de Baixo Risco (OE, 2015), ao documento “Alimentação e Nutrição na Gravidez- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável da DGS (2015) e ao documento “Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância”, da DGS (2005) entre outros documentos impactantes. Foram documentos fulcrais para o meu processo de aprendizagem, no processo de consolidação de conhecimentos e na estruturação da consulta de enfermagem de vigilância de saúde materna.

Como complemento ao Programa Assistencial à Grávida de Baixo e Médio risco, pude também realizar consultas de enfermagem a grávidas de alto risco, com patologias diversas, desde diabetes gestacional, doenças cardíacas, hematológicas e autoimunes,

bem como a mulheres com gravidezes gemelares e grávidas adolescentes. Foram experienciadas nas Consultas Externas da maternidade. A leitura do documento “Consenso da Diabetes Gestacional” da DGS, atualizado em 2017, foi importante para a consolidação de conhecimentos sobre esta patologia, comum durante a gravidez e que me permitiu prestar cuidados a grávidas com um maior conhecimento.

Durante a vigilância pré-natal, o EEESMO deve conhecer as expetativas, desejos e experiências anteriores em relação à gravidez e parto. Deve informar sobre a importância da execução de um plano de parto. De acordo com o Parecer N.º 7 / 2012 da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da OE, o Plano de Parto:

Consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de informação com a equipa de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto. A sua elaboração pressupõe uma informação correta do casal relativamente ao processo de parto, sendo o apoio do EEESMO fundamental.

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica, um dos indicadores de qualidade dos cuidados prestados é a “taxa de grávidas que frequentam a preparação para o parto e elaboraram o seu plano de parto” e faz parte da consulta de enfermagem pré-natal, a formulação dos planos de parto. Considerei existir uma lacuna de conhecimentos, nos cuidados de saúde primários e consulta externa da maternidade, relativamente ao papel do EEESMO no auxílio ao casal grávido na elaboração e discussão do seu plano de parto. Este documento só faz sentido, se os casais grávidos compreenderem a sua importância para o seu empoderamento durante o trabalho de parto e parto.

Deparei-me no decorrer do estágio de cuidados de saúde primários, realizado na Consulta Externa do hospital, com cuidados de saúde multiculturais a grávidas/casais imigrantes, provenientes de uma comunidade nepalesa.

Reconheci a existência de barreiras, nomeadamente a linguística e a cultural no cuidar de enfermagem. Senti necessidade de aprofundar conhecimentos acerca da enfermagem intercultural, recorrendo a evidência científica existente.

De acordo com Coutinho (2014), a prestação de cuidados culturalmente congruentes exige enfermeiros capazes de cuidar e comunicar com utentes pertencentes a diferentes culturas. A comunicação pode ser transmitida de forma verbal e não verbal, quer pela linguagem oral ou escrita, gestos, expressões faciais, linguagem corporal. Movimentos dos olhos, posição do corpo, humor, toque, silêncio, qualidade da voz, entoação, ritmo, velocidade e pronúncia (p.43).

Na consulta de enfermagem recorri a várias técnicas de comunicação, tais como recurso a linguagem gestual, imagens e ao google tradutor, de modo a facilitar a transmissão de informação importante para a vivência de uma gravidez saudável, evitando deste modo complicações. A pandemia dificultou este processo de comunicação, pois não era permitida a entrada de acompanhante às consultas de vigilância pré-natal. Os maridos eram elementos facilitadores da comunicação, pois funcionavam como tradutores e um veículo mais acessível de transmissão de informação entre o profissional e a grávida/casal.

Os cuidados de saúde culturalmente competentes têm muitos benefícios, tais como maior sucesso na educação do utente; aumentos no comportamento de procura dos cuidados de saúde; menos erros de diagnóstico; mais adesão terapêutica; maior adesão ao aconselhamento; escolhas ampliadas e acesso a cuidado de qualidade (Domingos, 2019).

As dificuldades sentidas, motivaram-me a aprofundar sobre cuidados interculturais, nomeadamente sobre esta comunidade em particular, constituindo o tema escolhido para o trabalho de investigação, desenvolvido na segunda parte deste Relatório.

Relativamente à colaboração em projetos/ programas de Preparação para o Parto e Parentalidade, recorri à leitura do Manual de Orientações sobre Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade – CPPP e Cursos de Recuperação Pós-parto – CRPP- Equidade na transição para a maternidade e a paternidade (DGS, 2020).

Tive a oportunidade de colaborar na execução de algumas sessões do Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, realizado na Consulta Externa do hospital, no âmbito do estágio de Cuidados de Saúde Primários. Realizei sessões sobre o tema: amamentação e puericultura, tendo recorrido ao powerpoint e material de apoio à amamentação e puericultura, como suporte na sessão. Elaborei instrumentos de transmissão de conhecimentos e esclarecimento do casal/família, elaborando 4 folhetos, como material de suporte à sessão e consultas de enfermagem de vigilância pré-natal,

sobre amamentação, complicações na amamentação, preparação da mala para a maternidade e direitos parentais, que foram fornecidos às grávidas, via email.

Tive a oportunidade de prestar cuidados a grávidas/casais com patologia associada ou concomitante com a gravidez, durante o estágio no serviço de MMF. Os diagnósticos presenciados foram: hemorragias do primeiro trimestre, hemorragias do segundo trimestre, ameaças de parto pré-termo, rotura prematura das membranas, hipertensão arterial na gravidez (HTA gestacional, HTA crónica, síndrome pré-eclâmpsia/eclâmpsia) e diabetes gestacional.

Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções, de modo a minimizar os riscos de danos maternos e fetais, através da administração de terapêutica tocolítica; corticoides para maturação pulmonar e neuroprotecção do recém-nascido. Avaliação do bem-estar materno fetal, através da monitorização dos sinais vitais da grávida e do bem-estar fetal, através da audição da frequência cardíaca fetal com doppler, até às 28 semanas e monitorização e avaliação do registo cardiotocográfico, após essa idade gestacional. Promovi a escuta ativa, esclarecendo dúvidas existentes sobre o desenvolvimento e competências fetais, promovendo a vinculação precoce.

A existência de protocolos no serviço, para administração de fármacos tocolíticos, anti-hipertensivos, corticoides, analgésicos, entre outros, facilitou o meu processo de aprendizagem e intervenção. No decorrer do estágio senti necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica acerca dos vários fármacos.

“Promover a saúde, diagnosticar complicações e providenciar cuidados à mulher durante o processo de abortamento”

Durante o estágio foi possível experienciar três situações distintas de aborto: aborto espontâneo, voluntário e de interrupção médica.

Tive oportunidade de colaborar em 15 consultas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG), em contexto de Consultas Externas do hospital e maternidade.

A publicação da Lei 16/2007 de 17 de abril, veio colocar novos desafios aos serviços de saúde e aos seus profissionais de saúde. Face à necessidade de assegurar, a todas as mulheres com situações legalmente elegíveis, o acesso a uma interrupção da gravidez em segurança (DGS, 2017).

Pelo que a DGS, emitiu uma circular normativa N°9/21-06-2007- Interrupção Medicamentosa e Cirúrgica da Gravidez, sendo exigido a realização de consulta prévia, um período de reflexão, entre a consulta prévia e o início da administração da terapêutica, não inferior a 3 dias, salvaguardando os prazos legais para a interrupção da gravidez. Por fim, a consulta de controlo, passado 15 dias a 3 semanas, para realização de nova ecografia e decisão do método contraceutivo a utilizar.

As Interrupções Médicas, de acordo com o Código Penal Português no artigo 142º, pelo decreto lei nº 48/95 de 15 de março e pela lei nº90/97 de 30 de julho: “(...) não é punível a interrupção da gravidez efetuada pelo médico, ou sob a sua direção, (...) nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo e se for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez”.

A IVG despertou em mim, uma ambiguidade de sentimentos, por um lado a vontade de objeção de consciência, mas por outro a necessidade de ajudar uma mulher com uma gravidez indesejada. Fui confrontada com uma realidade diferente da que idealizava, a existência de um elevado número de IVG. Fez-me refletir sobre a necessidade de um melhor acompanhamento dos jovens no âmbito do planeamento familiar e promover uma maior e correta adesão e gestão dos métodos contraceptivos. É importante perceber o porquê da existência de um número elevado de gravidezes não desejadas, por falta de informação, incorreta adesão e gestão dos métodos contraceptivos. De acordo com os dados do Relatório de Análise Preliminar dos Registos das Interrupções da Gravidez (2018-2021), foram registadas em 2018 (dados definitivos), 15.015 IG; em 2019, 15.358 IG e em 2020, foram registadas 14.369 IG. O número de registos de interrupções da gravidez até à data de acesso à base de dados (05/01/2022), em 2021, foi de 12.159 (DGS, 2022). Verificando-se efetivamente um decréscimo do número de IVG. A legislação portuguesa privilegia o acesso universal às consultas de planeamento familiar e à distribuição gratuita de métodos contraceptivos no Serviço Nacional de Saúde. O acesso de homens e mulheres à contraceção permite reduzir o número de gravidezes indesejadas. Os Centros de Saúde, as consultas hospitalares, as farmácias e estabelecimentos reconhecidos oficialmente para a venda de medicamentos devem dispor de contraceção de emergência, outro recurso importante na prevenção da gravidez não desejada (Lei nº12/2001, 29 maio). Recordar-se que a lista nacional de contraceptivos para

disponibilização gratuita no SNS tem sido progressivamente alargada, no sentido de assegurar a diversidade de métodos e permitir escolhas adaptadas a um maior número de utentes, garantindo a liberdade de escolha e possibilitando maior adesão à utilização (DGS, 2020).

No serviço de MMF, foi possível a monitorização do trabalho de parto durante as Interrupções Médicas da Gravidez (IMG).

Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções a grávidas em processo de abortamento do 2º trimestre, inferior às 24 semanas de gestação tais como: monitorização do trabalho de parto, vigilância das perdas sanguíneas, monitorização dos sinais vitais da grávida, da dor, administração de analgésicos e antieméticos, em caso de tratamento farmacológico com aplicação de prostaglandinas via vaginal.

As situações de interrupções médicas da gravidez que presenciei, no contexto de estágio na MMF, foram muito marcantes para mim. Uma das vivências foi com uma grávida de etnia cigana, que já tinha experienciado uma IMG anteriormente. Referiu que sofreu muito psicologicamente, pelo fato de não ter visualizado o feto morto e por não ter realizado funeral. Considerou que teria sido mais fácil para o seu processo de luto, se o tivesse feito anteriormente. Por isso, desta vez quis visualizar o feto morto. A decisão foi respeitada pela equipa médica e de enfermagem, evidenciando-se o respeito pelos valores culturais do casal e a forma de este realizar o seu luto. São momentos em que os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO devem estar sensíveis, proporcionando privacidade, silêncio e compreensão, pois são situações de grande carga emocional. Deve estar atento a aspetos psicossociais da perda gestacional, avaliando qual o significado da perda, pois é uma experiência profundamente pessoal e única, afeta cada pessoa de forma diferente.

A terceira competência inserida do Regulamento é:

- **Cuidar da mulher inserida na Família e Comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina.**

“Promover a saúde da mulher e da família durante a fase latente e ativa do trabalho de parto”

Durante o estágio, na Sala de Partos da maternidade, tive a oportunidade de providenciar 45 vigilâncias de cuidados de enfermagem a parturientes durante o trabalho de parto, de mulheres grávidas de baixo, médio e alto risco, alcançando as experiências mínimas.

Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.

Concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e convivente significativo. A primeira etapa do processo de cuidados de enfermagem é o acolhimento. Realizei o acolhimento à parturiente/acompanhante, estabelecendo uma relação de confiança, demonstrando disponibilidade, empatia e escuta ativa, num ambiente privado e tranquilo, visando o conforto e bem-estar da parturiente e pessoa significativa. Possibilitei apoio contínuo da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto. Constatei que é de extrema importância para a parturiente a presença da pessoa significativa. O acolhimento é um momento muito importante, sendo o primeiro contato entre a parturiente e o profissional de saúde. Torna-se muito importante para o estabelecimento da relação terapêutica entre ambos. Fui aperfeiçoando esta competência, ao longo do estágio, sentindo-me completamente à vontade no final do mesmo.

O segundo momento é a colheita de dados, e a identificação das necessidades da parturiente, bem como das suas expectativas, desejos e experiências anteriores em relação à gravidez e parto, através da verificação da existência ou não de plano de parto.

A discussão da prática baseada na evidência tem por base as Recomendações da OMS (2018) para uma Experiência Positiva de Parto. Este documento, conhecido e analisado, numa unidade curricular do primeiro ano do mestrado, possibilitou a reflexão da prática clínica no contexto de Sala de Partos. Esta reflexão das recomendações e a constatação com a prática, permitiu-me proporcionar às grávidas, em trabalho de parto e parto, a vivência de uma experiência de parto mais positiva.

O EEESMO deve ter a preocupação de analisar o plano de parto e discuti-lo com a parturiente. Informando-a da possibilidade da execução do mesmo, sempre que possível, desde que não esteja em risco o bem-estar materno-fetal. Este trabalho deve ser efetuado durante o pré-natal e consolidado na Sala de Partos. O plano de parto, mais que um documento escrito, representa o empoderamento que deve ser dado à grávida /casal para poderem tomar uma decisão informada. Constatei que das 45 grávidas que assisti na sala de partos, 5 apresentaram plano de parto institucional escrito. Discuti o plano de parto

com a parturiente/casal, juntamente com a enfermeira tutora, verificando que estes desconheciam alguns dos conceitos que constavam no mesmo. O que me fez refletir na importância do EEESMO na análise e discussão do plano de parto com a grávida/casal durante a vigilância pré-natal.

A avaliação do bem-estar fetal foi uma constante na Sala de Partos, através da monitorização da frequência cardíaca fetal e tocografia contínua. A avaliação e a interpretação do traçado cardiotocográfico contínuo surge como uma intervenção essencial para a deteção de anomalias e /ou desvios da normalidade e reflete o bem-estar fetal.

Durante o trabalho de parto, auxiliei as parturientes nas técnicas não farmacológicas de alívio da dor, através do ensino e instrução do uso da bola de pilatos, na técnica de respiração controlada e na massagem de relaxamento, recorrendo a aplicação de calor localizado.

Da minha experiência, na Sala de Partos, pude constatar que muitas parturientes pretenderam realizar técnicas farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente a analgesia epidural. Mas houve uma exceção à regra, que me marcou. Uma parturiente informada e muito segura do que queria para a sua experiência de parto. Recusou analgesia, recorrendo apenas a técnicas não farmacológicas de alívio da dor, adotou as posições que lhe eram mais confortáveis, foi-lhe proporcionado um ambiente que lhe fosse mais familiar, reduziu-se a luz e colocou-se música a gosto. Foram surpreendentes a força e a persistência que demonstrou durante todo o trabalho de parto e parto, tendo vivenciado uma experiência positiva e humanizada de parto.

Colaborei com o anestesista na preparação das parturientes para a realização da técnica de analgesia epidural, otimizando o posicionamento correto da parturiente, dando suporte psicológico à mesma e na preparação do material e fármacos necessários à técnica médica.

A avaliação e interpretação da cervicometria, variedade da posição fetal foram procedimentos que representaram um grande desafio para mim, pois comportam uma vertente técnica, que fui aperfeiçoando ao longo das diferentes experiências de aprendizagem.

Realizei pesquisa bibliográfica sobre o Índice de Bishop, com o intuito de aprofundar conhecimentos sobre o início e evolução do trabalho de parto e os aspetos a avaliar

durante um toque vaginal. Após esse trabalho, consegui esquematizar mentalmente os aspetos a avaliar: a posição, o apagamento, a dilatação e a consistência do colo uterino, bem como a identificação da apresentação fetal, variedade, características das membranas amnióticas e do líquido amniótico. Para aperfeiçoamento desta competência, procurei aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem que me iam sendo proporcionadas, precedidas de consentimento informado.

Após cada observação da parturiente durante o trabalho de parto, descrevia no Partograma em papel, os aspetos avaliados na observação durante o toque vaginal. De acordo com as Recomendações da OMS para uma Experiência Positiva de Parto, na recomendação nº16, refere que o exame de toque vaginal é recomendado para avaliação de rotina na fase ativa do T.P em mulheres de baixo risco, em intervalos de 4h. Pude constatar essa realidade nas experiências vivenciadas em contexto de estágio.

As grávidas de risco constituíram um desafio para mim, mas a existência de protocolos no serviço e o conhecimento da utilização dos mesmos, permitiu-me intervir com maior facilidade. Tive oportunidade de assistir grávidas com patologia, nomeadamente doenças hipertensivas, diabetes gestacional e gravidezes gemelares.

Constatei que, em contexto de Sala de Partos, a equipa de profissionais não estava desperta para a promoção da ingesta hídrica, durante o trabalho de parto. Indo contra umas das Recomendações da OMS para uma Experiência Positiva de Parto, recomendação nº 24 “Ingestão de líquidos orais e alimentos durante o trabalho de parto, para mulheres de baixo risco”.

#### “Promover a saúde da mulher e da família durante o período expulsivo”

Nesta fase a parturiente deve ficar concentrada nos esforços expulsivos e, com a ajuda do EEESMO, encontrar a posição mais adequada para efetuar os esforços expulsivos mais eficazes. Pode-se estimular os esforços expulsivos associados à manobra de valsava durante as contrações, mas o método fisiológico de “empurrar para baixo” sem prender a respiração de forma contínua pode ser igualmente eficaz e favorece a troca de oxigénio materno-fetal (Néné, *et al.*, 2018, p.310). As mesmas autoras referem ainda que, a duração desta fase depende de vários fatores, tais como a eficácia das contrações, analgesia, condição física e emocional, posição da parturiente, paridade, adequação pélvica no trabalho de parto, tamanho, apresentação e situação do feto e o apoio recebido pelos

profissionais de saúde. Tendo por base estes conhecimentos teóricos e transportando-os para a prática clínica, verifiquei que o período expulsivo difere muito de mulher para mulher, pois cada mulher é única.

A evidência científica refere que as posições verticais adotadas durante o período expulsivo, facilita o parto. A maioria adotou o posicionamento lateral esquerdo, que contribui na redução da hipotensão supina e fornece maior quantidade de oxigênio ao feto no período expulsivo. Realizei alguns partos em que a parturiente efetuou os esforços expulsivos de cócoras e sentada. Nessas situações a parturiente, mesmo com analgesia epidural, apresentou força e alguma dormência dos membros inferiores, conseguindo adotar as posições que lhe eram mais confortáveis naquele momento. Esta liberdade de movimentos sempre que esteja assegurada a segurança e o bem-estar materno-fetal, torna-se essencial para uma experiência positiva de parto. E felizmente tive a oportunidade de ajudar a proporcionar essa vivência.

Realizei **30 partos eutócicos**, atingindo as experiências mínimas, dos quais houve apenas necessidade de realização de 5 episiotomias, as episiorrafias foram um pouco mais, sendo maioritariamente lacerações do períneo de 1º e 2º graus. Apenas presenciei a uma laceração do períneo de 3º grau, que foi corrigida pela equipa médica. A OMS preconiza a realização de um número mínimo de episiotomias, apenas se necessário e não por rotina. O que pude constatar no estágio foi ao encontro com as recomendações da OMS.

Considero que tenho bem presente a execução desta técnica, mesmo não a executando muitas vezes no contexto de estágio, pois no primeiro ano do mestrado, treinámos durante as aulas práticas, em laboratório.

Para além dos partos realizados, também **colaborei em 20 partos**, mais os que foram realizados em contexto de simulação em laboratório, concluindo assim as experiências mínimas de acordo com a Diretiva Europeia 2013/55/EU.

Tive a possibilidade de colaborar num parto pélvico de uma gravidez gemelar, no primeiro gémeo. Para além desta experiência, pratiquei, durante o primeiro ano, nas aulas práticas no simulador, a realização de partos pélvicos.

O parto e o nascimento, enquanto fenómenos culturais, estão marcados por crenças e práticas culturalmente padronizadas, com diversidade de rituais e comportamentos, exigindo do enfermeiro um grande conhecimento cultural para que os mesmos sejam vividos como experiências gratificantes.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem a parturientes imigrantes e de minorias étnicas, nomeadamente de etnia cigana.

As conduções de trabalho de parto requerem muito de nós, muitas competências técnico-científicas e relacionais em simultâneo, é muito desgastante, mas compensatório, pois verificamos que o nosso esforço e dedicação são valorizados pela parturiente e convivente significativo.

#### “Promover a saúde da mulher e da família durante a dequitação”

O terceiro estágio, designado dequitação decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta (Nené, *et al.*, 2018).

Durante a dequitação, é importante visualizar os sinais de descolamento da placenta e observá-la quanto ao peso, ausência de cotilédones, forma e inserção. De forma a despistar complicações no pós-parto imediato.

Num dos partos que colaborei com a obstetra, experienciei uma complicação no pós-parto imediato, uma situação de atonia uterina, com perdas hemáticas abundantes. A atuação do EEESMO e do obstetra foi célere, na administração de medicação endovenosa e retal e massagem uterina vigorosa, tendo sido revertida a situação rapidamente.

#### A 4ª competência visa:

- ***Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a sua saúde e do recém-nascido apoiando o processo de transição e adaptação para a parentalidade.***

Nesta competência os objetivos propostos foram conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher no pós-parto e RN.

#### “Promover a saúde da mulher e da família no puerpério imediato”

De acordo com Nené *et al.*, (2018), o puerpério imediato corresponde à primeira hora após a saída da placenta. Neste período é importante avaliar o útero, através da palpação abdominal, assegurar-se que está contraído, vigiando as perdas via vaginal, o períneo, os sinais vitais, bem como valorizar as queixas maternas.

A promoção do contato pele a pele e a promoção do aleitamento materno na 1ª hora de vida são recomendações da OMS para uma Experiência Positiva de Parto. O contato pele-

a-pele acalma o bebê e a mãe que entram em sintonia única proporcionada por esse momento; auxilia na hemóstase, dos batimentos cardíacos e respiração; reduz o choro e o stress do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o RN aquecido pela transmissão de calor da mãe.

No estágio de Sala de Partos, deparei-me com uma realidade diferente da expectada, relativamente à promoção do contato “pele a pele”. Verifiquei uma prática de cuidados divergente ao recomendado pela OMS. A evidência demonstra os múltiplos benefícios para o recém-nascido, de um contato “pele a pele” precoce e com duração de pelo menos 1 hora, constituindo-se num mecanismo de manutenção da temperatura corporal.

O polo da maternidade onde realizei o estágio de puerpério não está certificada como sendo uma unidade “Amiga dos bebês”. Mas os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO conhecem os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” da OMS/UNICEF, que resumem as práticas necessárias a serem desenvolvidas nas maternidades, para o apoio ao aleitamento materno. Dentro destas práticas, encontramos no quarto passo: “Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia-hora após o nascimento”; a qual é interpretada na atualidade pela OMS/UNICEF (2008) como colocar os bebês em contato pele-a-pele com as suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebês estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário.

O aconselhamento em amamentação implica que o profissional de saúde, escute, compreenda e ofereça ajuda às mães que estão a amamentar, fortalecendo-as para lidar com pressões, promovendo a sua autoconfiança e autoestima e preparando-as para a tomada de decisões. É importante que as mulheres adquiram confiança no profissional e se sintam apoiadas e acolhidas (Castro, 2020).

Como suporte bibliográfico recorri ao Manual do Aleitamento Materno da UNICEF, Manual de Boas Práticas em Aleitamento Materno da Comissão de Aleitamento Materno do ACES Baixo Mondego (2020), à informação adquirida nas aulas teóricas e a pesquisa bibliográfica diversa.

Procurei aproveitar todas as oportunidades para informar, instruir e capacitar a mulher/acompanhante, de forma a promover o desenvolvimento de competências na transição para a parentalidade. A promoção da vinculação e do aleitamento materno foram os pontos-chave para promover e potenciar o desenvolvimento de competências parentais.

Prestei cuidados de enfermagem a 52 puérperas, durante o pós-parto imediato, na Sala de Partos.

“Promover cuidados imediatos ao RN, para permitir a adaptação ao meio extrauterino”

Aproveitei todas as oportunidades, em que não poderia auxiliar a parturiente no parto, para prestar cuidados imediatos ao recém-nascido.

Prestei cuidados imediatos a 50 recém-nascidos no momento do nascimento, secagem e limpeza da pele, estimulação tátil, aquecimento, desobstrução das vias aéreas, administração de vitamina K, observação física do recém-nascido e avaliação do peso.

Os recém-nascidos a quem prestei os cuidados imediatos nasceram com um índice de Apgar ao 1º minuto entre 7 e 10. À exceção de um, que nasceu com índice de Apgar ao 1º minuto de 5, com necessidade de intervenções de adaptação à vida extrauterina.

Tive oportunidade de colaborar na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido em peri paragem cardiorrespiratória, com aspiração, ventilação com ambu, intubação nasotraqueal, administração de adrenalina, desenvolvendo, deste modo, competências técnicas, no âmbito da reanimação neonatal e sua transferência para a UCIN. Também os conteúdos aprendidos durante as aulas da unidade curricular de Neonatologia do 1º ano do Mestrado, se tornaram fulcrais para o meu processo de aprendizagem.

Torna-se essencial e prioritário a verificação do funcionamento de todos os equipamentos da box do RN e fármacos, e preparação da unidade antes do nascimento.

A clampagem tardia do cordão umbilical, está preconizada pela OMS, uma vez que fica garantido um maior aporte de sangue e conseqüentemente reserva de eritrócitos ao recém-nascido até aos 6 meses de idade.

Foi realizada a clampagem tardia, na maioria das situações, excetuando as que pressupunham um risco de aspiração de mecónio.

“Promover, diagnosticar, e providenciar cuidados a mulher e recém-nascido no período pós-natal”.

Um dos objetivos propostos foi conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto e aleitamento materno, tendo sido atingido. Foi transversal ao serviço de puerpério e cuidados de saúde primários. Neste último, durante a realização das consultas de revisão de puerpério e de saúde infantil no primeiro mês de vida do recém-nascido.

Em contexto de Consultas Externas no hospital e na USF, concebi, planeei, implementei e avaliei, no período pós-natal, cuidados centrados na mulher relacionados com a recuperação pós-parto, amamentação, contraceção e apoio na adaptação para a parentalidade.

Colaborei com o obstetra em três consultas de revisão de puerpério, a puérperas seguidas exclusivamente no hospital, mas foi na USF que executei três consultas de enfermagem de revisão de puerpério, à 6ª semana de pós-parto. Implementei intervenções de enfermagem, tais como a monitorização da tensão arterial, do índice de massa corporal, observação genital e mama e orientação sobre adesão e gestão do método contraceptivo.

O aconselhamento contraceptivo deve ser iniciado nas consultas de vigilância pré-natal promovendo uma maior adesão no pós-parto. Quando elegíveis, pode ser oportuno a realização do rastreio do cancro do colo do útero (rccu) na consulta de revisão de puerpério.

Realizei 4 consultas de enfermagem de saúde infantil durante o primeiro mês de vida, duas das quais, entre o 3º e 6º dia de vida com a realização do teste do diagnóstico precoce. Durante a consulta de enfermagem realizei a avaliação física e neurológica do RN, verificação da presença de reflexos primitivos, observação das fontanelas, do coto umbilical para despiste de situações de desvio da normalidade. Como fonte bibliográfica recorri à leitura do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013).

A prática da visita domiciliária até aos primeiros 15 dias após o nascimento, é um dos indicadores dos Cuidados de Saúde Primários, mas não tive oportunidade de a realizar durante o estágio na USF, devido à limitação temporal, nessa unidade.

Considero ser fundamental e um pilar importantíssimo na promoção da proximidade e confiança entre os profissionais de saúde e a mulher/família, uma vez que é realizada uma avaliação em contexto real do estado físico, psicológico, o ambiente e a vinculação. Os EEESMO em contexto de cuidados de saúde primários, são os profissionais mais

competentes para a realização das visitas domiciliares à mulher/família/RN durante os primeiros 15 dias.

No estágio de puerpério prestei cuidados a 55 puérperas e 55 recém-nascidos, com especial atenção aos diagnósticos de enfermagem no que respeita à perda sanguínea, involução uterina e amamentar. Como intervenções: avaliação da involução uterina e vigilância das perdas vaginais diariamente no turno da manhã e promoção do aleitamento materno. No que respeita ao RN: realização de exame físico, administração de vacina de hepatite B, rastreio das cardiopatias, realização de ensinamentos e cuidados ao RN (higiene, sono, eliminação intestinal e urinária, choro, prevenção de acidentes, promoção da vinculação da tríada, com enfoque na autonomia e inclusão do pai nos cuidados ao RN). Promoção de suporte emocional e psicológico da puérpera.

Os primeiros dias, após o parto, são cruciais para a amamentação, pois, é neste período que esta se estabelece. E, embora o primeiro contacto se efetue em contexto hospitalar sob os cuidados do profissional de saúde, é no ambiente doméstico que se estabelece, sob o domínio de uma teia de relações que circundam a mulher. É no interior desta realidade que as puérperas enfrentam as dificuldades inerentes ao processo, sem auxílio especializado. Dentro dessas dificuldades evidenciam-se as fissuras mamilares, que estão intimamente relacionadas com a técnica incorreta e má posição do bebé. O confronto com o choro, quase constante, do bebé induz a puérpera a questionar a qualidade e quantidade do seu leite, traduzindo-se em insegurança na capacidade de amamentar. O facto de as mulheres enveredarem pelo caminho do abandono precoce da amamentação está na maioria das vezes relacionada com a insegurança no desenvolvimento do papel da mãe e falta de confiança em relação ao processo de amamentação. Para além, de conhecer as vantagens da amamentação para a mãe e para o filho, o EEESMO deve ser detentor de conhecimentos para atuar na prevenção e resolução dos principais problemas que podem ocorrer durante o processo. O ingurgitamento mamário, fissuras mamilares, mastites, entre outros, podem causar sofrimento para a puérpera e determinar o abandono precoce da amamentação.

Durante as consultas de enfermagem de vigilância pré-natal, os EEESMO devem usar os seus conhecimentos e habilidades para avaliar os conhecimentos e a intenção da grávida para amamentar, sendo este um período em que a grávida/casal se encontra mais recetivos à informação. A sensibilidade na postura do EEESMO é fulcral para o sucesso deste processo. É imprescindível o estabelecimento de uma relação de confiança com a grávida,

permitindo, assim, que ela aumente a sua autoestima e sinta que é capaz de amamentar o seu filho, reconhecendo que o seu leite é suficiente para que o bebê cresça saudável.

Neste sentido, durante o estágio de Consultas Externas na maternidade propus-me a elaborar um projeto para a constituição de um cantinho de amamentação “Amamentar com o coração”. Os cantinhos da amamentação são espaços específicos e privilegiados de atendimento a mães lactantes, assegurado por profissionais, devidamente acreditados como Conselheiros de Aleitamento Materno. Estes proporcionam um apoio fundamental às puérperas e aos casais inexperientes em termos de sucesso do aleitamento materno, para reduzir a percentagem de abandono da amamentação. Estes profissionais de saúde estarão disponíveis para promover e auxiliar a amamentação, esclarecer dúvidas, prevenir potenciais problemas decorrentes da amamentação, bem como detetar e cuidar os problemas já estabelecidos. Para além disso, as mães podem ainda dirigir-se àquele espaço para amamentar tranquilamente a sua criança, extrair e armazenar o seu leite, mesmo quando não está com o seu filho, e partilhar a sua experiência com outras mães.

#### A 5ª Competência visa:

##### ➤ **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica**

O objetivo de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica, foi atingido. No contexto de Cuidados de Saúde Primários, no estágio na USF, realizei colpocitologias, no âmbito da realização do rastreio do cancro do colo do útero. Também durante a consulta realizei ensinamentos e instrução sobre o autoexame da mama e a sua importância na prevenção do cancro da mama.

O objetivo de prestar cuidados à mulher com afeções do aparelho genitourinário e/ou mama, facilitando a sua adaptação à nova situação, também foi alcançado. Foi possível desenvolver aprendizagens nesta área, através da realização de consultas a mulheres com afeções da mama, útero e aparelho genitourinário. Tive oportunidade de colaborar nas consultas médicas de patologia da mama e patologia cervical, no estágio de Cuidados de Saúde Primários, na Consulta Externa do hospital. Colaborei na realização de tratamentos pós-cirúrgicos a mulheres submetidas a mastectomia e em biopsias e tratamentos ao colo do útero, nas situações de mulheres referenciadas dos Cuidados de Saúde Primários, após realização de RCCU e resultado positivo para HPV com lesão neoplásica.

A consulta da patologia da mama foi muito marcante para mim, pois o cancro de mama é uma doença muito incapacitante e que afeta a autoestima da mulher. A forma de adaptação à nova situação de doença, tratamentos e efeitos secundários, depende da importância que a mulher dá à sua imagem, da capacidade de aceitação da doença por si própria e sobretudo por parte dos outros (família e parceiro sexual), bem como do apoio psicológico que lhe é prestado, por isso considero que a intervenção psicológica, a escuta ativa são prioridades de intervenção do EEESMO. Considerei muito enriquecedora para a minha aprendizagem a prestação de cuidados de enfermagem à mulher com afeções da mama e aparelho génito-urinário.

#### A 6ª Competência contempla:

##### ➤ **Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério**

“Promover, diagnosticar e providenciar cuidados à mulher que vivencia processos de adaptação à menopausa”

Alcansei o objetivo de conceber, planejar e implementar intervenções à mulher a viver a menopausa nas consultas de planeamento familiar existentes nos Cuidados de Saúde Primários. Constatei que não existe uma consulta específica para mulheres a vivenciar processos de adaptação à menopausa.

Na USF tive oportunidade, em contexto de consultas de planeamento familiar/ Rastreio do Cancro do Colo do Útero, deparar-me com mulheres na fase da menopausa. Informei e orientei a mulher para as alterações associadas ao climatério. Incentivei à adoção de hábitos de vida saudáveis e promoção da saúde mental, realização de exercício físico e alimentação saudável, bem como para a importância da realização de atividades lúdicas.

Sensibilizei a mulher sobre o processo de aceitação da menopausa como algo natural e constituindo uma fase da vida da mulher, em que é espetável que ocorram alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais decorrentes do climatério. A consulta de enfermagem, surge como uma oportunidade para deteção de situações de desajustes à nova fase da vida, referenciando as situações para além da área de atuação do EEESMO.

De modo a obter maior fundamentação teórica que me pudesse sustentar durante a realização das consultas durante esta fase da vida, recorri à leitura e análise do documento “Consenso Nacional sobre Menopausa” (2021) da Sociedade Portuguesa de Ginecologia.

Considero que gostaria de ter tido mais oportunidades de aprendizagem, no âmbito dos cuidados à mulher na menopausa, e que deveria existir uma consulta nos Cuidados de Saúde Primários ou Consultas Externas do hospital direcionada para as mulheres nesta fase da vida, pois muitas vezes os profissionais de saúde não estão despertados para as necessidades destas mulheres.

Considero que consegui atingir os objetivos delineados para os estágios, tendo adquirido com sucesso as competências do EEESMO.

Como mencionei anteriormente, no decorrer do estágio de Cuidados de Saúde Primários, na Consulta Externa do hospital, senti dificuldades na prestação de cuidados à grávida migrante, durante a consulta de enfermagem de vigilância pré-natal. As dificuldades prenderam -se essencialmente com a comunicação, conhecimento e competência cultural.

Finalizada a descrição do desenvolvimento e aquisição das competências comuns e específicas adquiridas ao longo dos estágios, explanarei na parte II um estudo de investigação que colmata algumas inquietudes que emergiram do estágio e que gostaria de clarificar: Crenças e Práticas Culturais dos casais nepaleses, durante a Gravidez, Parto e Pós-parto: um estudo em Portugal.

## **PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA**

### **1-ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Neste capítulo vou abordar as crenças e práticas culturais, nomeadamente da religião hindu, para posteriormente desenvolver o estudo de investigação, que tem como objeto de estudo as crenças e práticas culturais dos casais nepaleses.

#### **1.1- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DA RELIGIÃO HINDU**

Ao longo dos tempos, à saúde e à doença, sempre se ligaram forças transcendentais, divindades, poderes, que se traduzem nas mais diversas "crenças" (Couto,1994).

Segundo a Enciclopédia da Porto Editora crença, substantivo feminino, refere-se a uma "aceitação de uma proposição como verdadeira apesar de ainda não ter sido, ou de não poder ser, cientificamente provada (...) uma atitude mental capaz de levar à concordância com uma proposição sem o conhecimento que seria necessário à comprovação da sua veracidade" (Ferreira, 2009).

De acordo com Sanfelice *et al.*, (2013) as crenças são um conjunto de cognições e significados que se tem em relação a um aspecto da realidade; é uma percepção permanente e contínua, que a pessoa tem sobre as coisas do seu próprio mundo. Por outro lado, as práticas, no enfoque cultural, são atos guiados por crenças e valores que variam de acordo com os grupos sociais e os sistemas familiares, económicos e sociais.

A adesão à crença poderá ser determinada por diversos fatores, mas a forma e a força atribuída na sua transmissão cultural terão certamente, bastante influência. O medo gerado quando acontece essa transmissão, em consequência do respeito ou não por determinado ritual, pode ser determinante, principalmente nos episódios críticos do ciclo vital do Homem, como a doença. Outro episódio sensível a este tipo de aderências é a gravidez, tendo em vista a proteção quer da grávida, quer do feto (Sanfelice *et al.*, 2013).

Couto (1994) e Ferreira (2009) agrupam as crenças da gravidez em três categorias: relativas à predeterminação ou adivinhação do sexo do bebê; relativas a interdições e relativas a prescrições.

A mulher quando está grávida, na ânsia de proporcionar o melhor de si e para o seu filho vê-se confrontada com a necessidade de estabelecer um equilíbrio entre as crenças, o seu património cultural e as informações transmitidas pelos meios de comunicação e profissionais de saúde. A gravidez é um exemplo de adesão à crença, constitui -se num fenómeno não só biológico, mas psicológico e social. Em muitas sociedades é caracterizada por crenças e mitos profundamente marcados por interdições e prescrições que são necessários respeitar (Alves, 2008).

As crenças estão intimamente relacionadas com a religião, neste âmbito faz sentido conhecer as crenças e práticas culturais inerentes à cultura e religião hindu.

Nos dias de hoje, o hinduísmo assume-se como uma filosofia de vida, sendo uma das suas características a simbiose entre o corpo, o espírito e a mente. Estes três elementos orientam e permitem a cada indivíduo um autoconhecimento constante, mas também uma ligação mais íntima com a natureza, proporcionando uma satisfação e plenitude, que conduzem à abstinência material e à ascensão espiritual (Lopes, 2014 citado por Monteiro & Ramos, 2018).

Na filosofia hindu o sagrado encontra-se intimamente ligado ao profano, coexistindo e complementando-se mutuamente. Os hindus procuram persuadir os deuses a derramar sobre o indivíduo e a sua família, bênçãos e a libertá-los da doença, da pobreza, do mau olhado e de todas as formas de sofrimento (Fuller, 1992 citado por Monteiro & Ramos 2018).

A relação entre os deuses e as pessoas é alimentada pelas ofertas diárias de alimentos, flores e orações. Sempre que existe um desvio de ordem moral, causada por comportamentos erróneos, por atitudes provocatórias ou mesmo por esquecimentos, as pessoas devem regressar ao caminho da pureza e da humildade através de rituais de meditação, oração e ofertas que vão apaziguar a ira dos deuses, que pode recair sobre o indivíduo em falta, mas também sobre os seus filhos ou sobre a sua família (Monteiro, 2007). Também Paudel *et al.*, (2018) refere que as mulheres e famílias atribuem a doença dos seus bebés ao desagrado de Deus (*Dewata*), que é um nome coletivo de Deuses e Deusas Hindus. Acreditam que as doenças acontecem quando Deus não está satisfeito. E

para aliviar as doenças espera-se que a pessoa agrade a Deus através de orações, usando amuletos, sacrifícios e oferendas.

A família constitui um dos pilares do indivíduo hindu. Ela representa a força, a tranquilidade, a segurança, um prolongamento do próprio indivíduo. Para os hindus a família é constituída não só pelas pessoas com as quais têm laços familiares e de sangue, mas também pelo círculo de amigos e de vizinhos que são mais próximos e com quem estabelecem uma ligação afetiva. A casa funciona como um espaço físico de reunião, de agregação dos vários elementos da família, onde se realizam cerimónias que juntam toda a família (Monteiro, 2007, p.41).

É ambição de qualquer jovem constituir a sua família e ter filhos. Isto acontece devido aos ensinamentos e recomendações que se encontram nos textos e na mitologia hindu, mas também pelo próprio significado que a família tem e que é inculcado e apreendido desde o nascimento (Borges, 2012).

A cultura hindu atribui à mulher um papel de relevo na orientação e governo da casa, responsabilizando-a pelas lides domésticas e pela educação dos filhos, mas também sendo um pilar incentivador e de amparo ao seu marido, ajudando-o no desempenho da sua atividade laboral com a finalidade de contribuir para a prosperidade e dignificação da sua família e do seu lar (Monteiro, 2007, p.42).

A maternidade é vista pelas mulheres hindus como sendo uma condição natural feminina. Os ensinamentos sobre os cuidados e preocupações da maternidade são transmitidos informalmente através dos conselhos e orientações das pessoas mais próximas, tais como a mãe, a sogra ou alguma cunhada (Borges, 2012 p.46).

Também Regmi e Madison (2009) referem que na tradição hindu, as mulheres são adoradas pela sua fertilidade, desfrutando do status de Deusa mãe. Por outro lado, a infertilidade é muitas vezes referida por uma maldição, sendo estas mal vistas pela família, nomeadamente pela sogra e cunhadas.

Os hindus encaram o nascimento de uma criança como uma Bênção de Deus, sendo entendido como um sinal de favorecimento e de merecimento para os pais e para toda a família.

A maioria dos povos cuja religião é o hinduísmo, e que residem atualmente em Portugal, encontram-se perfeitamente estabelecidos no nosso país, assumindo uma participação ativa a nível económico, social e cultural.

Inicialmente os elementos masculinos vieram à procura de trabalho e de um local para residirem, trazendo depois as suas famílias.

As comunidades hindus residentes nos países de acolhimento crescem e permanecem numa dualidade, da qual é difícil fugir. Por um lado, encontram-se mais recetivas às transformações culturais, por outro lado, temem que essa influência seja tão forte que modifique os ensinamentos e os princípios da cultura hindu, pondo em causa valores e por inerência a educação que os pais incutem (Santiago, 2020).

Este equilíbrio que é necessário manter nas sociedades de acolhimento pode facilmente ser gerador de instabilidade, modificando pensamentos e comportamentos, especialmente das mulheres.

A presença de um grande número de mulheres imigrantes em idade fértil origina uma crescente afluência às instituições de saúde, nomeadamente durante a gravidez e na vigilância da saúde infantil dos seus filhos.

A gravidez, parto e pós-parto são momentos intensos na vida das mulheres e das suas famílias, devendo ser compreendidos no seu contexto sociocultural, tendo em conta as suas práticas, rituais, crenças e valores. Cada mulher é detentora de um conjunto de crenças, valores e práticas que orientam a sua forma de ser e estar no mundo, e também nos rituais do parto, que evidenciam o seu património cultural (Santiago, 2020).

Portugal confere o direito a todos os cidadãos à proteção em saúde, garantindo o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. Realça-se a qualidade da vigilância da saúde das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo e o acesso universal e gratuito destes cuidados de saúde no Sistema Nacional de Saúde, como fatores fundamentais para as reduzidas taxas de morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil, colocando Portugal entre os melhores indicadores na saúde materno-infantil a nível mundial (Ministério da Saúde, 2018). Ressalva-se o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015), um instrumento orientador essencial para os profissionais de saúde na identificação precoce de problemas e no potenciar da saúde materna. Bem como outros documentos importantes tais como “O Manual de acolhimento no acesso ao sistema de cidadãos estrangeiros” do Ministério da saúde e o “Guia de acolhimento ao Migrante” da

ACM (2022), documentos facilitadores tanto para os profissionais de saúde como para os imigrantes.

Neste sentido urge a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO, prestarem cuidados culturalmente competentes, tornando-se essencial o desenvolvimento de competências culturais, de modo a proporcionar mais e melhores cuidados culturalmente adequados e promotores de integração dos imigrantes no nosso país. De acordo com Vilelas e Janeiro (2012) cuidados de enfermagem culturalmente competentes ajudam a garantir a satisfação do utente e, conseqüentemente, a atingir ganhos em saúde.

## 1.2- MODELO CONCETUAL DO CUIDADO CULTURALMENTE COMPETENTE

O desenvolvimento do conhecimento científico e humanístico da enfermagem representa uma conquista da profissão e é grandemente devido ao esforço persistente de enfermeiros teóricos e pesquisadores.

Teorias de enfermagem são guias extremamente importantes e auxiliam os profissionais a criar, testar e aperfeiçoar um corpo específico de conhecimento, bem como a facilitar a compreensão das ações, dos objetivos e dos propósitos da prática, da educação e da pesquisa (Gualda & Hoga, 1992).

O conceito de competência cultural, na Enfermagem, emergiu de Leininger (1995), apesar de ser a definição Campinha-Bacote (1999) a que mais surge na literatura. Campinha-Bacote define a competência cultural como um processo em desenvolvimento que os profissionais de saúde elaboram para adquirirem capacidade e disponibilidade para intervenções efetivas e enquadradas no contexto cultural da pessoa, família ou comunidade. O Modelo de Cuidado Culturalmente Competente de Campinha-Bacote envolve 5 constructos estruturais: consciência cultural, habilidade cultural, conhecimento cultural, desejo cultural e encontro cultural (Campinha-Bacote, 2002 citado por Santiago, 2020).

Também Domingos (2019) refere que Campinha-Bacote e Munoz (2001, p. 49) propuseram um modelo de cinco componentes para desenvolver a competência cultural:

- A **consciencialização cultural** que envolve o autoexame da exploração profunda da formação cultural e profissional de cada um. Essa componente começa com uma visão das crenças e valores culturais de saúde. Uma ferramenta de avaliação da

consciencialização cultural pode ser usada para avaliar o nível de consciencialização cultural de uma pessoa;

-O **conhecimento cultural** que abarca a procura e a obtenção de uma base de informações sobre diferentes grupos culturais e étnicos. Esta componente é expandida com o acesso a informações científicas;

-A **habilidade cultural** que compreende a capacidade de o enfermeiro recolher dados culturais relevantes sobre o problema apresentado pela utente e realizar com precisão uma avaliação culturalmente específica;

- O **encontro cultural** que é definido como o processo que incentiva os enfermeiros a integrarem diretamente interações transculturais com pessoas de origens culturalmente diversas. Os enfermeiros aumentam a competência cultural interagindo diretamente com as utentes de diferentes origens culturais;

-O **desejo cultural** refere-se à motivação para se tornar culturalmente consciente e procurar encontros culturais. Envolve a disposição de estar aberto aos outros, aceitar e respeitar as diferenças culturais e estar disposto a aprender com os outros.

Para prestar cuidados adequados a grupos culturalmente diversos, utilizaremos também o referencial teórico de enfermagem de Madeleine Leininger, chamado de “Teoria do Cuidado Cultural” ou “Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural”.

A teórica enquanto trabalhava num hospital psiquiátrico, percebeu a necessidade de refletir sobre a inter-relação enfermagem (cuidado) e antropologia (cultura), pois notou que os fatores culturais influenciavam no comportamento dos indivíduos sob os seus cuidados. Nesse período, desenvolveu o primeiro método de pesquisa genuinamente etnográfico de enfermagem. Viveu dois anos numa aldeia indígena, desenvolvendo a sua teoria cultural do cuidado. Ela percebeu marcantes diferenças na cultura ocidental e oriental quanto às práticas e aos cuidados em saúde. Leininger define a Etnoenfermagem como “o estudo de crenças, valores e práticas de enfermagem como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura através das suas experiências diretas, crenças e sistema de valores” (Domingos, 2019).

Para Leininger, a enfermagem assume-se como uma disciplina e profissão humanística e científica de cuidar transcultural, visando sobretudo servir o outro, num aqui e agora, independentemente das suas características individuais.

Leininger, realça a importância de os enfermeiros tratarem os seus utentes humanamente, respeitando as necessidades, crenças e valores culturais.

Mateus *et al.* (2020) refere que a “Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural” de Madeleine Leininger é vista como uma teoria que tem como grande preocupação o cuidado baseado nas crenças, valores, e atitudes de cada pessoa e cultura, que, aliado às práticas de enfermagem, torna possível o desenvolvimento de um conhecimento científico e humanista imprescindível ao cuidado (p.32).

Neste sentido, importa referir que as ações do cuidado cultural devem ser congruentes com as crenças e valores dos utentes, tendo em conta o contexto religioso ou espiritual, económico, educativo, político e ambiental.

Esta é uma proposta que deve orientar a ação dos enfermeiros, em geral, e dos enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstétrica, em particular, atribuindo importância aos fatores culturais na sua prática, onde o utente deve ser visto mais do que um corpo, mas como um ser com um percurso de vida e possuidor de uma história cultural. Estes pressupostos, segundo Gonçalves (2012), são importantes para que se possa perceber como é um “Enfermeiro Transcultural”, o qual deve ver a pessoa cuidada como culturalmente diferente e não inferior.

O mesmo autor salienta igualmente que as diferenças culturais devem servir de suporte para a construção de estratégias de uma abordagem holística da pessoa. Este conceito de Enfermagem Transcultural tem como essência o estabelecimento de uma relação terapêutica que se deve traduzir num cuidar eficaz e de qualidade, independentemente das características culturais de cada utente (p.48).

Para Mateus *et al.*, (2020) a competência cultural tem três etapas progressivas que ajudam os enfermeiros a prestar cuidados aos utentes de diversas culturas:

**1) Adotar atitudes que promovam a transculturalidade:** disponibilidade de tempo para entender as necessidades e perspetivas culturais; respeito e preocupação com esses utentes; empatia, aceitação e flexibilidade revela que os enfermeiros valorizam a diversidade cultural;

**2) Desenvolvimento da consciência das diferenças culturais:** ver os indivíduos no seu conjunto de crenças, valores e práticas;

**3- Avaliação cultural;**

Também Gatrad *et al.*, (2004) definem competência cultural como um processo evolutivo que depende de autorreflexão, autoconsciência e aceitação das diferenças. Esta competência é baseada na melhoria da compreensão em oposição a um aumento no conhecimento cultural. Embora concordemos plenamente com seus pontos de vista, argumentaríamos que o conhecimento do contexto cultural pode ser útil para fornecer um protótipo (em oposição a um estereótipo) de fatores que podem ser importantes na prestação de cuidados centrados no utente.

Em Portugal, a população migrante constitui um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, pois as barreiras culturais e linguísticas são fatores que dificultam a prestação de cuidados de saúde. Deste modo, o EEESMO deve possuir uma visão holística dos seus utentes, conhecendo as culturas, a sua literacia em saúde e as suas práticas culturais, crenças e valores, compreender quais as necessidades da pessoa/família migrante, de forma a prestar cuidados culturalmente competentes.

A International Confederation of Midwives (ICM) referenciada por Bruno (2012), expõe como princípio básico na prática do EEESMO, a sensibilidade cultural, como meio que lhe permite superar barreiras culturais que podem condicionar a relação enfermeiro/mulher e, conseqüentemente, com o recém-nascido. Por tal, é imperativo que o enfermeiro respeite a cultura e os costumes de cada mulher, sem emitir juízos de valor, devendo possuir conhecimentos sobre os aspetos culturais relacionados com a gravidez, parto e maternidade (p.12).

É importante também referir que o Código Deontológico do Enfermeiro reforça a importância da cultura no dever profissional da prestação de cuidados de enfermagem, referindo que o enfermeiro deve abster-se de juízos de valor, sem impor as suas crenças ou valores, no respeito pelas opções do utente, a nível político, cultural, moral e religioso. (OE, 2005, p. 141).

Este conhecimento prévio das crenças e hábitos culturais, ajuda os EEESMO a orientar a mulher migrante durante a sua adaptação à maternidade, possibilitando a identificação precoce de comportamentos prejudiciais para a saúde da mesma.

De acordo com Vilelas e Janeiro (2012), os enfermeiros com competências culturais prestam cuidados de saúde às utentes de forma individualizada, o que proporciona a adesão e incorporação segura e eficaz das suas práticas culturais.

De acordo com Domingos (2019), Portugal é cada vez mais um país multicultural, com diferentes grupos étnicos e migrantes que têm as suas crenças singulares no que se refere à gravidez, parto e puerpério.

Vários estudos apontam para os diversos aspetos culturais que afetam a saúde da mulher, os quais são percebidos de forma variável, mudando de cultura para cultura, nomeadamente: as representações sobre a maternidade, a conceção de família, a expressão de sentimentos e a vivência da dor que surge em processos fisiológicos normais como a gravidez e parto. A cultura cria um enquadramento onde a mulher pensa, toma decisões e age de acordo com as suas crenças e valores, o que se vai refletir na procura de saúde, nomeadamente durante a gravidez, parto e parentalidade, sustentados muitas vezes por rituais de passagem que estão profundamente enraizados no contexto cultural. (Noro, 2019, p.22)

Com o aumento da população imigrante, ser culturalmente competente é um desafio para as instituições de saúde e respetivos profissionais de saúde, impondo-se como um dever para o EEESMO.

Tendo por base estes pressupostos teóricos, que sustentam um cuidado cultural competente, torna-se necessário conhecer as crenças e práticas culturais dos casais nepaleses, para assim ser possível o aperfeiçoamento da competência cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.



## **2- METODOLOGIA: MATERIAL E MÉTODOS**

O processo de investigação é método de produção de conhecimento científico que decorre de forma ordenada em fases progressivas. Cabe ao investigador escolher e formular um problema de investigação, rever literatura existente e enunciar o seu objetivo e questões de investigação ou hipóteses. Posteriormente, determina que métodos utilizará para responder às suas questões de investigação. Para tal, irá necessitar de definir um desenho de investigação, qual a população ou amostra, quais os métodos de recolha e análise de dados. O processo de investigação culmina com a recolha de dados e sua análise, interpretação e divulgação de resultados (Fortin, 2009).

Perante a problemática da migração e da necessidade de conhecimento das crenças e práticas culturais da população nepalesa, surge a seguinte questão:

**“Quais as Crenças e Práticas Culturais dos casais nepaleses, durante a gravidez, parto e pós-parto?”**

De modo a conhecer melhor os participantes do estudo a desenvolver, considerei essencial conhecer as variáveis sociodemográficas, obstétricas e as suas perceções sobre gravidez, bem como conhecer as crenças e práticas culturais durante a gravidez, parto e pós-parto.

Defini como Objetivos:

- Identificar as Crenças e Práticas Culturais dos casais nepaleses, inscritos numa unidade de saúde, da região Centro;
- Realizar a caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo;
- Realizar a caracterização obstétrica das participantes no estudo;

O estudo de investigação desenvolvido baseia-se num estudo de Nível 1, Tipo Qualitativo, Exploratório e Descritivo.

De acordo com Sparkes e Smith (2014), a investigação qualitativa é uma forma de questionamento social, que foca a forma sob a qual as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências no mundo em que vivem.

## 2.1- POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na unidade de saúde em questão, estão inscritos aproximadamente 311 utentes de nacionalidade nepalesa, de acordo com os dados recolhidos pelas “Cáritas Diocesanas de Coimbra”, ao abrigo do projeto Sem fronteiras E8G (2020-2023), financiado pelo Alto Comissariado para a Migrações e que visa a intervenção a crianças e jovens de comunidades vulneráveis e migrantes.

A amostra foi intencional, constituída por 7 casais nepaleses, com filhos, inscritos na unidade de saúde.

Os critérios de inclusão foram:

- Casais nepaleses residentes em Portugal, inscritos na unidade de saúde;
- Casais nepaleses com filhos;
- Casais nepaleses seguidos nas consultas de enfermagem de vigilância da gravidez e nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil dos filhos, na unidade de saúde;
- Casais nepaleses que conseguissem comunicar em português;
- Casais nepaleses cuja religião fosse o hinduísmo;

## 2.2- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados escolhido foi a entrevista semiestruturada, elaborada pela investigadora, tendo por base o documento “SER MÃE HINDU Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração” (Monteiro, 2007).

As entrevistas semiestruturadas são geralmente organizadas em torno de um conjunto predeterminado de questões abertas, com outras que poderão surgir, decorrente do diálogo entre entrevistador e quem está a ser entrevistado. As entrevistas devem assentar num guião prévio que norteie a investigação e o entrevistador para os objetivos de investigação, sendo que a sua estrutura pode ser mais ou menos rígida (Resende, 2016).

A entrevista foi de carácter anónimo e de participação voluntária. Os dados foram apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade

da sua identidade, comprometendo-me a não usar ou divulgar nenhuma informação que pudesse identificá-los.

Esta encontra-se estruturada em 3 partes, a primeira relativa à Caracterização Sociodemográfica da amostra em estudo, a segunda parte sobre a Caracterização Obstétrica e por fim a terceira no que concerne às Perceções da Gravidez, Crenças e Práticas Culturais durante a Gravidez, Parto e Pós-parto, da população em estudo.

Foi submetido um pedido de parecer e apreciação ética da investigação, à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da ESEnfC, que aprovou a realização do estudo (Anexo I). Posteriormente, foi feito um pedido ao Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego, para a realização do estudo na unidade de saúde em questão, que foi aceite (Anexo II).

O processo de recolha de dados ocorreu durante o mês de julho de 2022. Foram marcadas consultas de enfermagem com os casais em estudo, tendo em conta a sua disponibilidade, foram efetuadas as entrevistas na unidade de saúde em questão.

A investigadora terminou as entrevistas quando surgiu saturação dos dados, verificando-se na sétima entrevista efetuada. Teve em conta os critérios de inclusão, sendo um deles, que conseguissem comunicar em português. Este critério tornou-se num fator limitador do número da amostra. Deparando-se com barreiras linguísticas, que impossibilitariam a realização das entrevistas. Os 7 casais entrevistados, conseguiam comunicar na língua portuguesa, respondendo de forma muito sucinta às questões efetuadas, não sendo possível um desenvolvimento mais profundo das mesmas.

As entrevistas foram dirigidas ao casal, sendo mais direcionadas para a mulher, mas uma vez que, os maridos pronunciavam melhor a língua portuguesa, foram eles que responderam pelas mulheres, na maioria das vezes.

A confidencialidade dos dados recolhidos durante todo o estudo, assim como o anonimato dos participantes foram garantidos durante todo o estudo. Para tal, a investigadora atribuiu um código de identificação a cada participante (E1, E2, E3...) que lhe permitiu identificar os participantes. Durante a intervenção e posterior avaliação, apenas a investigadora teve acesso à correspondência entre a identificação do participante e o seu código, de forma a poder aplicar as etapas do estudo. Foi tido em conta o cumprimento dos seguintes princípios éticos e deontológicos: princípio da não maleficência, na medida em que os participantes não serão prejudicados com a investigação; princípio da autonomia, o

consentimento livre e esclarecido, sendo que os participantes participaram voluntariamente e foram informados antes do seu consentimento, podendo estes alterar ou desistir do seu consentimento em qualquer momento do estudo, sem prejuízo dos seus direitos; e o princípio da beneficência e justiça, garantindo a confidencialidade, o anonimato dos dados dos participantes e o seu tratamento com respeito e dignidade.

Posteriormente, a investigadora analisou e interpretou todas as entrevistas transcritas. Sobre a questão da transcrição e edição das entrevistas, Duarte (2004) afirma que as entrevistas podem e devem ser editadas. Exceto quando se pretende fazer análise de discurso, frases excessivamente coloquiais, interjeições, repetições, falas incompletas, vícios de linguagem, cacoetes, erros gramaticais devem ser corrigidos na transcrição editada. É importante, porém, manter uma versão original e uma versão editada de todas as transcrições. A investigadora teve necessidade de editar alguns discursos, pois os entrevistados não pronunciavam corretamente a língua portuguesa, para deste modo, facilitar a compreensão dos mesmos.

### **3- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a transcrição, cada entrevista foi revista, de modo a obter uma ideia global dos relatos de cada casal participante e recolher as informações nela contidas e, posteriormente, a investigadora efetuou a análise do seu conteúdo, de acordo com Bardin (2013). A categorização é uma das etapas da análise de conteúdo, considerando-se uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e por reagrupamento. As categorias são rubricas, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) com características comuns (Bardin, 2013, p.145).

Durante a análise de conteúdo das entrevistas, a investigadora relacionou cinco domínios: Domínio 1- Percepções sobre a Gravidez e Parentalidade; Domínio 2- Crenças e Práticas Culturais durante a gravidez; Domínio 3- Crenças e Práticas Culturais durante o Parto; Domínio 4- Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com a Puérpera, e Domínio 5- Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com o Recém-Nascido.

Tendo em conta estes domínios, estabeleceram-se categorias e subcategorias baseadas no discurso dos participantes. A investigadora construiu 5 diagramas de análise de conteúdo, um para cada domínio, onde incluiu citações das entrevistas, como unidades de registo (Apêndice III).

A investigadora também procedeu à construção de tabelas com os dados sociodemográficos e obstétricos dos participantes, a fim de caracterizar a amostra em estudo (Apêndices I e II).

#### **3.1- CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA**

Após a análise, a investigadora concluiu que 100% dos casais são de nacionalidade nepalesa, tendo sido um dos critérios de inclusão estabelecidos no estudo. As mulheres apresentam uma média de idades de 32,4 anos e os homens uma média de 35,7 anos (tabela 1-Apêndice I). Dos casais em estudo, 100% são casados e 100% possuem como religião o Hinduísmo, tendo constituído também um fator de inclusão no estudo. Em relação aos Anos de Escolaridade, as mulheres estudaram em média 11,8 anos e os homens uma média de 12,1 anos (tabela 2- Apêndice I). Relativamente à situação profissional 100% das mulheres encontravam-se a trabalhar como empregadas fabris,

bem como 100% dos homens inquiridos, também como empregados fabris. No que diz respeito, ao Tempo que Residem em Portugal, as mulheres do estudo, encontram-se em média, em Portugal, há 4,2 anos e os homens do estudo há 7,2 anos (tabela 3- Apêndice I). Os motivos que estiveram na base da decisão para a imigração (tabela 4- Apêndice I) foram: 28,6 % das mulheres e 85,7 % dos homens referiu a falta de dinheiro; 14,3% das mulheres e 57,1% dos homens referiu falta de emprego no país de origem; 57,1% das mulheres e 14,3% dos homens referiu como motivo também o estar mais perto do familiar; 28,6% das mulheres e 85,7% dos homens referiu como motivo ter referências positivas do país, e como outros motivos, nomeadamente facilidade em adquirir documentos como passaporte europeu, referiram esse motivo 28,6% dos homens.

A pesquisa demográfica e de saúde mais recente no Nepal constatou que a idade média no casamento entre as mulheres é de 18,5 anos e que aproximadamente 50% das mulheres recém-casadas engravidam no primeiro ano de casamento (Diamond- Smith, *et al.*, 2020). Todas as mulheres deste estudo, engravidaram do filho mais novo em Portugal, tendo este nascido também em Portugal. Os filhos mais velhos nasceram no Nepal.

No Nepal, mais de 80% da população é hindu, seguidos de 9% budistas, 4,4% muçulmanos, 1,3% cristãos e outras religiões remanescentes (Dhital *et al.*, 2019). Também Sharma *et al.*, (2020) refere que o Nepal é um país onde mais de 80% da população pratica o hinduísmo.

O resultado apresentado acerca dos motivos da imigração corrobora com os resultados da literatura, nomeadamente Mahato e Paudel (2015) citado por Holness (2020) afirma que 42% da população no Nepal vive em pobreza persistente, educação e alfabetização de má qualidade, acesso inadequado a água limpa e alimentos seguros, incapacidade das instalações de cuidados de saúde em adotar tecnologias emergentes, altas taxas de criminalidade, acesso limitado à educação e oportunidades de emprego estão entre os determinantes sociais significativos de saúde e bem-estar das comunidades no Nepal.

Holness *et al.*, (2020), refere que o nível de escolaridade do casal grávido tem um peso significativo e uma correlação entre os conhecimentos e comportamentos relacionados com a saúde reprodutiva. Varia muito entre a área urbana e rural, e depende do status socioeconómico e da casta. Relativamente ao nível académico, os autores referem que 25% das mulheres e 37% dos homens têm certificado de nível escolar, enquanto que 31% das mulheres e 11% dos homens são analfabetos (Ekstrom *et al.*, 2020).

Os resultados mostram que os participantes estudaram cerca de 12 anos, obtendo toda a amostra um certificado de nível escolar, não se verificando divergência de gênero.

Relativamente aos motivos da imigração, os motivos mais nomeados foram a falta de dinheiro, falta de emprego no país de origem e referências positivas de Portugal. A literatura vai ao encontro dos mesmos, uma vez que 42% da população do Nepal vive em pobreza extrema, educação, saúde e alfabetização de má qualidade, motivos que explicam a alta taxa de imigração desta população (Ekstrom *et al.*,2020).

### 3.2- CARACTERIZAÇÃO OBSTÉTRICA

Relativamente aos dados obstétricos das mulheres que participaram no estudo (apêndice II), estas estiveram grávidas em média 2 vezes, tendo tido duas delas 1 aborto espontâneo, respetivamente. Destas gravidezes, 100% foram planeadas e desejadas (tabela 5- Apêndice II). Ao serem questionadas se “Foi sempre acompanhada às consultas de vigilância de gravidez?”, 100% das mulheres do estudo referiu que sim e 100% foram acompanhadas pelo marido. As mulheres referiram que preferiam ser acompanhadas pelo marido, pois este comunicava melhor em português, visto estar há mais anos em Portugal, o que por sua vez, facilitava a comunicação com os profissionais de saúde. Em relação às complicações na gravidez e patologias associadas, 100% das mulheres referiu que não teve qualquer problema de saúde ou complicação obstétrica.

Relativamente à questão “Estiveram acompanhadas durante o trabalho e parto e parto”, 85,7% das mulheres referiu que sim, sendo o acompanhante o marido e 14,3%, que correspondeu apenas a uma parturiente, referiu que não esteve acompanhada por nenhum convivente significativo (tabela 6- Apêndice II). No que respeita à questão “Fez analgesia durante o trabalho de parto e parto e qual?”, 100% das mulheres referiu que sim, tendo sido referenciada apenas a analgesia epidural.

Holness *et al.*, (2020) refere que no Nepal, a taxa de mortalidade materna e infantil é atualmente de 239 mortes por 100.000 nascidos vivos. A meta é reduzir essa taxa para 70 em 100.000 nascidos vivos até 2030. Também, Khatri e Karkee (2018) referem que apesar da implementação de iniciativas de Maternidade Segura e do programa de Incentivo à Maternidade desde 2005, a cobertura dos serviços de saúde ao nível da população

continua baixa. Atingir as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Nepal visam por reduzir a mortalidade materna e infantil para 70 por 100.000 nascidos vivos e alcançar 90% da cobertura dos serviços de maternidade de rotina até 2030. Isto exigirá estratégias focadas que abordem o acesso desigual aos serviços de saúde. O Nepal é um dos países com maior diversidade etnolinguística do mundo, 125 castas e 123 idiomas. Existe uma desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Nepal. Alguns grupos sociais têm múltiplas vantagens e outros múltiplas desvantagens. As mulheres que vivem em áreas urbanas, aquelas com alto nível socioeconómico, podem usufruir de serviços de maternidade de qualidade. Por outro lado, as mulheres que vivem em áreas remotas e pertencem ao quintil de riqueza mais baixo e a grupos étnicos minoritários têm baixo acesso e uso de serviços de maternidade.

Em Portugal a taxa de mortalidade materna em 2019, de acordo com INE, é de 10.4 mortes em 100.000 nascidos vivos (Pordata, 2021).

Existe uma diferença abismal entre os dois países, no que concerne aos cuidados de saúde materno-infantis, constituindo deste modo um dos motivos pelo quais os imigrantes pretendem ter filhos em Portugal. As mulheres hindus que vivem em Portugal afirmaram que em geral, durante a gestação, todas são acompanhadas pelo médico e seguem as suas orientações (Monteiro, 2007, p.174).

Após a análise de conteúdo das entrevistas, emergiram 5 domínios: Percepções sobre a Gravidez e Parentalidade; Crenças e Práticas Culturais durante a Gravidez; Crenças e Práticas Culturais durante o Parto; Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-parto, relacionadas com a Puérpera, e Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com o Recém-Nascido, que serão descritas de seguida.

### 3.3- DOMINIO 1- PERCEPÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E PARENTALIDADE

Segundo Ferreira (2009), a gravidez constitui um acontecimento marcante para a vida da mulher e da sua família, enquanto partes constituintes de um sistema social. Trata-se de uma experiência que é moldada por um conjunto de crenças transmitidas culturalmente e resultantes do contexto sociofamiliar onde a mulher se insere podendo ou não, inclusive, influenciar vários dos comportamentos adotados durante esse período.

Para Monteiro (2007), o destino de uma mulher hindu, mais do que ser mulher e esposa, concretiza-se no ato de ser mãe, pois é algo que todos esperam e para o qual a mulher é criada e educada. O facto de poder ter filhos é considerado muitas vezes uma bênção, a que se acresce o dom de educar e de ensinar os filhos, para que na idade adulta sejam hindus responsáveis e respeitados. Para a família, a maternidade é considerada como uma bênção de Deus e é sinal que a mulher e toda a família têm comportamentos dignos, que respeitam os princípios religiosos e que agradam a Deus.

A maternidade é vista pelas mulheres hindus como uma consequência natural da sua condição de mulher. É um momento muito esperado não só pela mulher como por toda a família e é entendido como motivo de orgulho (Borges, 2012).

A gravidez e a maternidade são encaradas na cultura hindu como um desejo e uma vontade de Deus. A mulher que é abençoada com uma gravidez é entendida como digna, ou seja, todos os atos de bondade, de solidariedade, de uma conduta incólume, são recompensados através da gestação e nascimento de um filho (Monteiro, 2007).

Também Regmi e Madison (2009) referem que *“In the Hindu tradition, women are worshipped for their fertility, enjoying the exalted status of mother goddess”* (p.382).

De seguida apresento esquematicamente o Diagrama Geral de Análise de Conteúdo segundo Bardin (2013), relacionado com o Domínio 1, sendo apresentado o Diagrama integral, em Apêndice III.

O domínio 1: Percepções sobre a Gravidez e Parentalidade apresenta 4 categorias de acordo com a figura 1:

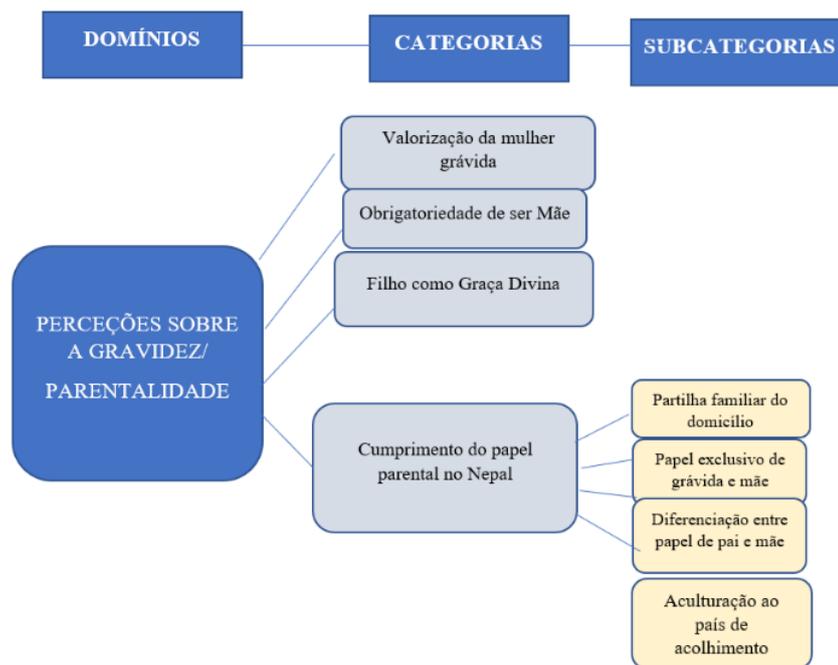


Figura1- Diagrama de Análise de Conteúdo- Domínio 1: Percepções sobre a Gravidez e Parentalidade

### 3.3.1- Valorização da Mulher Grávida

Os relatos dos casais entrevistados evidenciam a valorização da mulher grávida, corroborando com o encontrado na literatura. Segundo Monteiro (2007) durante toda a gravidez a mulher vive um sentimento de proteção, de favorecimento por parte da família e dos vizinhos, os quais entendem que tudo o que fizerem de bem para a mulher grávida reverte em bênçãos e em favores para eles (p.55).

Também Monteiro e Ramos (2010) referem que, desde o nascimento que é incutido na mulher o gosto pelas crianças, a importância de constituir família e o valor de gerar e dar vida. A consciência desta capacidade, valoriza o papel da mulher nesta cultura, acrescentando-lhe “poderes” considerados como mais elevados e mais sublimes. A importância da mulher é assim reconhecida e realçada, elevando-se da posição de gestora e organizadora da vida doméstica para ser sobretudo responsável pelo nascimento e formação de um novo membro da família que irá dar continuidade e fará valer os princípios que regem uma família hindu (p.7).

Os relatos das entrevistas constataam esta realidade:

E1- “A coisa boa é quando a mulher está grávida, outra mulher ajuda, mãe, irmã, sobrinha...”;

E2- “É muito bom, na nossa cultura quando veem uma grávida ficam muito felizes, porque vai nascer um bebê”;

E3- “A família trata a grávida bem, dá comidas saudáveis, as amigas vão visitar com frutas”;

E4- “A maternidade é uma coisa muito boa, é muito importante para os Nepaleses”;

E5- “É muito bom estar grávida, na nossa cultura, somos muito bem tratadas e cuidadas, somos umas rainhas”;

E6- “A família trata a grávida muito bem, dá comida saudável e as amigas vão visitar com frutas”.

A possibilidade de ter filhos é entendida como uma etapa de realização e de valorização da mulher que a engrandece e que a valoriza perante a família e também perante a sociedade (Monteiro, 2007, p. 48).

O papel feminino também adquire particular importância em questões relacionadas com a maternidade e com os cuidados à criança. Estas qualidades dignificam as mulheres e fortalecem o seu papel na comunidade hindu (Monteiro & Ramos, 2018).

Numa perspetiva individual, a mulher hindu sente-se realizada ao confirmar a sua competência de gerar um ser e vê o seu estatuto elevado. A capacidade de dar vida e de continuar a família é vista como uma situação de graça, justificada pelo seu bom comportamento e pela sua conduta adequada (Monteiro & Ramos, 2010).

### **3.3.2- Obrigatoriedade de ser Mãe**

Os relatos das entrevistas evidenciam a obrigatoriedade de a mulher nepalesa hindu ser mãe. Estes relatos corroboram com o encontrado na literatura, pois de acordo com Monteiro (2007) mais do que ser mulher e esposa, o destino de uma mulher hindu concretiza-se no ato de ser mãe, pois é algo que todos esperam e para o qual a mulher é criada e educada (p. 48).

É aceito como norma que os casais nepaleses comecem a ter filhos imediatamente após o casamento e que, mesmo que desejem adiar, são pressionados a ter filhos pelos membros da família. As esposas percebem a pressão das suas sogras ou de toda a família do marido para começar a ter filhos cedo (Diamond-Smith, *et al.*, 2020).

Os mesmos autores referem ainda que se a esposa não engravidar, as pessoas vão começar a falar mal dela e podem questionar a sua fertilidade.

A maternidade é vista pelas mulheres hindus como consequência natural da sua condição feminina (Borges, 2012). Os relatos das entrevistas corroboram com a literatura:

E1- “Quando a mulher não consegue engravidar, a comunidade mais antiga fala mal e pensa mal. Se não conseguir engravidar, isto afeta a mulher e marido psicologicamente e também família”;

E4- “Uma mulher que não tem filhos é mal vista, a família é muito importante para nós”;

E7- “Na nossa cultura, quando se casa, tem de ter filhos depois de um ano ou dois, senão somos mal vistos”;

### **3.3.3- Filho como Graça Divina**

Na cultura hindu as mulheres são adoradas pela sua fertilidade, exaltadas como sendo deusas mãe (Regmi & Madison, 2009).

Os hindus encaram o nascimento de uma criança como uma Bênção de Deus, sendo entendido como um sinal de favorecimento e de merecimento para os pais e para toda a família. A criança representa o indivíduo no seu estado mais puro, com uma ligação direta a Deus, pelo que é fonte de alegria e de benefícios. Ela atrai o que de bom existe no mundo (Monteiro & Ramos, 2018).

Também Monteiro, (2007) citado por Borges, (2012) refere que a gravidez e a maternidade são valorizadas e consideradas bênçãos de Deus pela família.

Os relatos dos casais entrevistados corroboram com a literatura supramencionada;

E2- “A grávida é vista como uma Deusa”;

E4- “É uma Bênção de Deus...”;

E5- “É uma Bênção de Deus, um filho é muito importante para nós, a família é tudo para nós. Vivemos em função da família, a família é sagrada”;

E6- “É muito bom estar grávida, é um presente dos Deuses”;

E7- “No Nepal é muito bom estar grávida, é uma Bênção de Deus”.

### **3.3.4- Cumprimento do papel parental no Nepal**

No Nepal, as mães, por permanecerem mais tempo em casa, são as principais responsáveis pelo cuidado aos filhos, mas todas as mulheres da família são consideradas responsáveis pela educação e pela formação das crianças (Monteiro, 2007).

De acordo com o autor supracitado,

A função maternal é entendida como sendo, quase da exclusiva responsabilidade da mulher, a qual, acredita-se, estar melhor preparada para prestar todos cuidados necessários e dar resposta a todas as necessidades da criança. A existência de famílias numerosas é propícia à integração das mulheres que pertencem a essa família nos cuidados, pois a divisão de tarefas é essencial para haver harmonia e para uma boa gestão da casa (p.54,55).

Os avós hindus desempenham um papel fundamental nos primeiros anos de vida dos seus netos, colaborando com os pais nos cuidados, na educação e na socialização da criança (Monteiro & Ramos, 2020).

A condição de sogra de uma mulher tem um significado cultural e social significativo no Nepal. A sogra é a pessoa mais provável para governar a esposa do seu filho. Uma mulher casa fora da sua família biológica, e nunca é realmente considerada parte da família com a qual se casa (Regmi & Madison, 2009).

Paudel *et al.*, (2018) referem que muitas vezes as mulheres são controladas pelas sogras e pelos maridos na gravidez e nas questões ligadas com o parto.

Na maioria das sociedades patriarcais, como o Nepal, os homens são os decisores da família e têm o controlo sobre os comportamentos de procura de saúde da família (Dhital *et al.* (2019).

Os relatos das entrevistas referem que:

E1- “No Nepal a mulher não trabalha quando está grávida a partir dos 3/4 meses. As mulheres que não trabalham ficam com os filhos até aos 2/3 anos. Só vão para o jardim de infância aos 3 anos, antes não podem ir. Não existem creches. No Nepal como vivem muitas pessoas na mesma casa, as outras mulheres ajudam nas tarefas domésticas e o pai só em último recurso é que ajuda”;

E2- “Quando uma pessoa vive no Nepal aos 2/3 anos, os filhos vão para o jardim de infância, antes ficam com a família, não há creche. No Nepal quem cuida dos filhos são as mulheres, mães, avós, tias. O homem só ajuda se for necessário e quando está em casa.”;

E3- “As famílias no Nepal acompanham e cá em Portugal não temos família, estamos sozinhos cá sem família. No Nepal ficamos a viver em casa da nossa sogra, e são elas que tomam conta de nós e dos nossos filhos. O pai costuma ajudar, quando é necessário, mas como há muitas mulheres elas ajudam”;

E4- “O marido trabalha e não cuida muito do bebé, brinca mais com ele. Quando casamos vamos viver para casa dos pais do marido, a sogra ensina a nora nas lidas da casa, para um dia mais tarde ser ela a gerir a casa. A grávida e mãe normalmente não trabalha, mas quando trabalha, vai para casa na gravidez no 3º mês de gravidez. Os filhos ficam em casa com as outras crianças, primos, sobrinhos, e as avós cuidam deles e só vão para o jardim de infância aos 3 anos, antes não podem ir, porque não há creches.”

E7- “Vivemos todos juntos e as sogras ajudam a cuidar dos netos, e as mães fazem a lida da casa. O pai costuma ajudar a cuidar dos filhos quando é preciso, mas é a sogra que cuida dos bebés.”

Esta realidade remete-nos para uma maternidade extensiva, contrária ao modelo de maternidade intensiva, comum atualmente nas sociedades ocidentais. De acordo com Ferreira (2019),

Este modelo extensivo ou negociado de maternidade pressupõe que, culturalmente, o bem-estar das crianças está indelevelmente ligado, e no mesmo patamar de importância, ao bem-estar dos seus cuidadores. Os cuidados e educação da criança podem ser partilhados com outros adultos, familiares, libertando a mulher para conciliar a maternidade com outros projetos pessoais e profissionais. Este modelo é considerado potencialmente mais satisfatório na medida em que a mulher consegue conciliar os seus diversos papéis sociais e o

seu bem-estar e necessidades são igualmente reconhecidos e valorizados, a par com os da criança (p.24).

Neste sentido, o EEESMO deve possuir competências culturais, nomeadamente conhecimento sobre as crenças e práticas culturais, de modo a facilitar a identificação das necessidades relativamente ao processo de transição para a maternidade e parentalidade dos casais nepaleses, no país de acolhimento.

### **Partilha familiar de domicílio**

O conceito de família alargada, onde todos falam, partilham refeições, problemas e alegrias encontra-se muito longe do conceito ocidental onde a família é predominantemente uma família nuclear. Na cultura hindu os familiares vivem todos juntos ou perto uns dos outros, ajudando-se mutuamente (Monteiro, 2007, p. 151). Esta condição encontra-se relatada nas entrevistas.

E1- “No Nepal vivemos todos na mesma casa, uma casa tem 2 e 3 apartamentos e cerca de 12 quartos, 3 andares, vivem nela 4 irmãos, 7 sobrinhos, e os meus pais. É bom e mau viver todos na mesma casa. A coisa boa é quando a mulher está grávida, outra mulher ajuda, mãe, irmã, sobrinha, mas às vezes existem conflitos.”;

E2- “A família vive toda junta, irmãos, pai, mãe e também toda a família da mulher”;

E3- “No Nepal, ficamos a viver em casa da nossa sogra e são elas que tomam conta de nós e dos nossos filhos”;

E4- “Vivemos todos juntos na mesma casa, não é obrigatório vivermos todos juntos, mas no início de vida é complicado conseguir dinheiro para ter uma casa independente. Mas quando a mulher está grávida é melhor viver todos juntos, porque as outras mulheres ajudam a mulher a cuidar do bebé.”;

E5- “A família vive toda junta, irmãos, pai, mãe e também toda a família da mulher. Mas se tiver dinheiro posso sair da casa da família e ir para outra casa só com a minha família.”;

E6- “No Nepal, ficamos a viver em casa da nossa sogra, e são elas que tomam conta de nós e dos nossos filhos”;

E7- “É mais fácil para nós porque quando casamos vamos viver para casa dos pais do marido. Vivemos todos juntos e as sogras ajudam a cuidar dos netos e as mães fazem a lida da casa. A casa é muito grande, vivem os sogros e os cunhados”;

Encontra-se patente nos excertos supracitados, a existência de uma maternidade extensiva, em que os cuidados e educação são realizados pelas mulheres da família e não só pela mãe.

É evidente a existência de diferenças entre o cumprimento do papel parental no Nepal e em Portugal, país de acolhimento. Os relatos referem essencialmente a diferença de viverem numa família extensiva no Nepal, habitando vários elementos na mesma habitação, possuindo a ajuda de outros elementos da família na educação dos filhos. Em Portugal, referem estar apenas o casal com os filhos.

### **Papel exclusivo de grávida e mãe**

O papel tradicionalmente atribuído à mulher é o de seguir e de apoiar o seu marido, cuidando da casa e dos filhos. Esta visão e conceito ainda se mantêm nos dias de hoje, estando reservado para a mulher a função principal de cuidadora da casa, do marido e dos filhos (Monteiro, 2007 p. 45). Esta realidade encontra-se retratada nas entrevistas.

E1- “No Nepal a mulher não trabalha quando está grávida a partir dos 3/4 meses. As mulheres que não trabalham ficam com os filhos até aos 2/3 anos. Só vão para o jardim de infância aos 3 anos, antes não podem ir. Não existem creches;”

E2- “Quando uma pessoa vive na cidade no Nepal aos 2/3 anos, os filhos vão para o jardim de infância, antes ficam com a família, não há creche”;

Efetivamente, no país de acolhimento, ambos os cônjuges trabalham, ao contrário do país de origem, em que maioritariamente, são os homens que trabalham. Esta realidade altera práticas culturais intrínsecas à cultura nepalesa, em que a partir dos 3-4 meses de gravidez, a mulher dedica-se exclusivamente ao papel de grávida. Em Portugal, torna-se difícil, devido a conjunturas laborais, mantendo-se as grávidas a trabalhar após essa idade gestacional. Muitas vezes, esta situação é motivo de conflito cultural. Uma vez que, em Portugal a gravidez não é considerada doença e por esse motivo a grávida tem de continuar a trabalhar, até existir motivo clínico para baixa médica.

### **Diferenciação entre o papel da mãe e do pai**

Atualmente, existe uma participação mais ativa por parte do pai, o qual se entretém sobretudo a brincar com os filhos, porém o espaço de cuidar diretamente da criança está reservado às mulheres (Monteiro, 2007, p. 55).

Esta realidade é evidente nos relatos dos entrevistados.

E1- “No Nepal como vivem muitas pessoas na mesma casa, as outras mulheres ajudam e o pai só em último recurso é que ajuda”;

E2- “No Nepal quem cuida dos filhos são as mulheres, mãe, avós, tias. O homem só ajuda se for necessário e quando está em casa”;

E4- “O marido trabalha e não cuida muito do bebe, brinca mais com ele”;

E6- “O pai costuma ajudar, quando é necessário, mas como há muitas mulheres elas ajudam”;

E7- O pai costuma ajudar a cuidar dos filhos quando é preciso, mas é a sogra que cuida dos bebês”;

No país de acolhimento esta realidade altera-se com a necessidade de a mulher também trabalhar, existindo uma partilha de tarefas entre os cônjuges. Neste sentido, o EEESMO tem de conhecer estas práticas culturais, integrando, progressivamente, o pai nos cuidados ao recém-nascido, sabendo de antemão que, estas competências parentais não são desenvolvidas no seu país de origem e cultura. O EEESMO deve ter presente o modelo teórico de Leininger cujo cuidado de enfermagem é baseado nas crenças, valores, e atitudes de cada pessoa e cultura. As ações do cuidado cultural devem ser congruentes com as crenças e valores dos utentes.

### **Aculturação ao país de acolhimento**

O migrante além dos seus ideais transporta consigo a sua cultura, os seus valores, que geralmente são diferentes do mundo para onde emigra.

A submissão a novos valores completamente desconhecidos e diferentes dos seus, o seguimento de novas regras e comportamentos, a sujeição a novas tarefas e novos papéis são obstáculos que surgem e que dificultam a integração na sociedade de acolhimento.

Ao abordarmos a problemática da aculturação não se pode cair na tentação de esperar que o migrante esqueça a sua língua, abandone os seus hábitos e adquira somente os comportamentos da sociedade de acolhimento. O indivíduo é um todo, resultante da acumulação de experiências e vivências. O enquadramento cultural e histórico é essencial, não se podendo excluir o indivíduo da cultura em que cresceu, nem excluir a própria cultura e os valores com ela transmitidos, correndo o risco de provocar problemas de identidade, que podem resultar em sentimentos de culpa, de isolamento ou de passividade (Monteiro, 2007, p. 70).

Os relatos referem diferenças entre viver no Nepal e viver na condição de imigrante em Portugal.

E1- “Em Portugal nós vivemos só os 2 juntos e precisamos de trabalhar muito”;

E3- “Cá em Portugal não temos família, estamos sozinhos cá, sem família”;

E4- “Em Portugal, é diferente, não temos a nossa família connosco. Vivemos só nós, ou partilhamos a mesma casa com outros casais. Cá temos de trabalhar os dois, marido e mulher porque não temos ajudas dos pais, irmãos, tios”;

E1- “O pai, em Portugal, ajuda nas tarefas domésticas”;

E2- “Temos que ajudar as mulheres, porque só vivemos os dois em Portugal”;

E4- “O pai precisa de ajudar nas tarefas domésticas, em Portugal, no Nepal como vivem muitas pessoas na mesma casa, as outras mulheres ajudam e o pai só em último recurso é que ajuda”;

E6- “Cá em Portugal, nós mulheres trabalhamos, cuidamos dos filhos e da casa, é muito difícil, e por isso o marido também tem de ajudar a cuidar do bebé”;

E7- “Em Portugal é diferente, estamos sozinhos”;

E2- “Aqui em Portugal temos muitas facilidades, gostamos muito dos médicos e dos enfermeiros. Portugal é muito bom porque tem um sistema nacional de saúde muito bom e temos trabalho”;

É consensual nos relatos dos participantes, a melhoria de condições de vida no país de acolhimento, evidenciando o Sistema nacional de saúde como um ponto forte, para os imigrantes. Este é universal e gratuito nos cuidados de saúde materno-infantis.

### 3.4- DOMÍNIO 2 - CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE A GRAVIDEZ

As crenças e as práticas culturais são repassadas de geração em geração, por isso os ensinamentos das mães e de mulheres mais velhas da família e da comunidade são incorporados e considerados de grande importância e a gravidez é um período propício a crenças e práticas culturais (Sanfelice *et al.*, 2013).

De seguida apresento esquematicamente o Diagrama Geral de Análise de Conteúdo Segundo Bardin (2013), relativo ao Domínio 2, que apresenta 4 categorias:

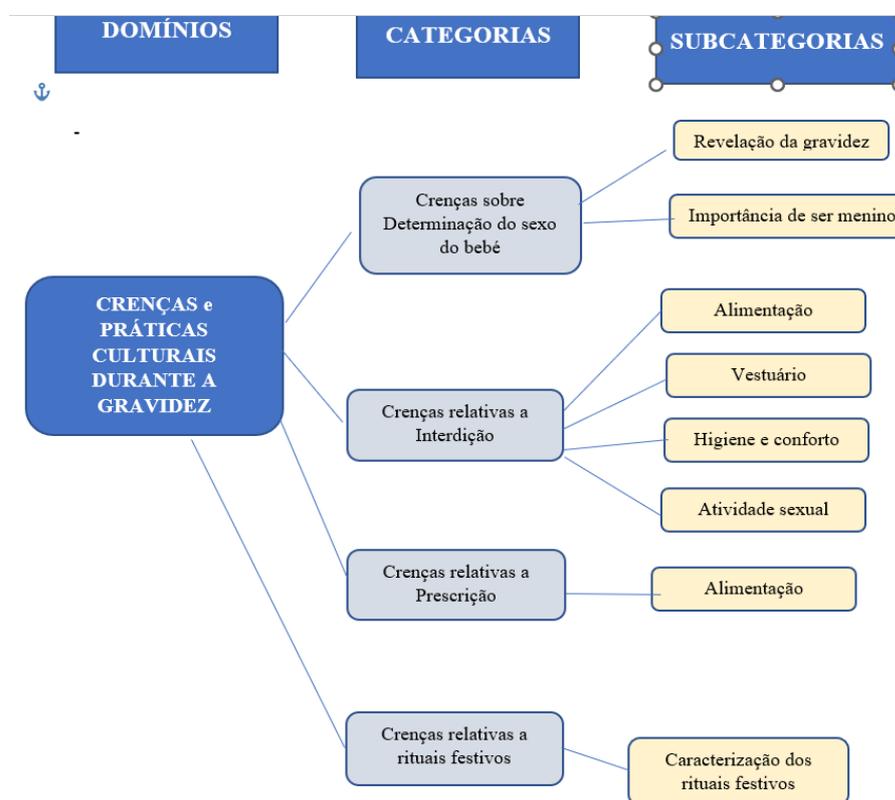


Figura 2- Diagrama de Análise de Conteúdo- Domínio 2: Crenças e Práticas Culturais durante a Gravidez

#### 3.4.1- Crenças sobre a determinação do sexo do bebé

De acordo com Monteiro (2007), a valorização é mais forte, se a gravidez tiver como desfecho um rapaz. Na sociedade hindu, o nascimento de um rapaz é muito festejado e

celebrado, sendo a posição da mulher não só reforçada, mas também engrandecida, dando-lhe mais valor e tendo por ela mais consideração.

Esta categoria apresenta 2 subcategorias: a Revelação da gravidez e a Importância de ser menino.

### **Revelação da gravidez**

Desde o momento que a mulher hindu fica grávida ela compartilha essa alegria com as pessoas que lhe são mais próximas, os seus pais, os seus sogros e o seu marido. Os restantes familiares só são informados, em geral, a partir do terceiro mês, altura em que se acredita que o perigo de abortar já diminuiu (Monteiro, 2007, p. 174). Os relatos das entrevistas vão de encontro com a literatura.

E1- “Quando soube que estava grávida contei em primeiro lugar ao meu marido, depois marido falou com outras pessoas por volta dos 2/3 meses, para segurança do bebé e da mãe”;

E2- “A primeira pessoa a saber foi o marido. Depois por volta dos 2/3 meses contámos a outras pessoas”;

E3- “Contei primeiro ao marido, depois à família e depois aos amigos. Contei passado um mês, não tive medo”;

E4- “Quando soube da gravidez disse ao meu marido, e depois o meu marido falou com os amigos e o resto da família aos 2/3 meses de gravidez, para segurança da mãe e do bebé”;

E5- “A primeira pessoa a saber foi o marido. Depois por volta dos 2/3 meses contamos a outras pessoas, porque não é importante dizer a outras pessoas, o mais importante é a família”;

E6- “Contei primeiro ao marido, depois à família e depois aos amigos. Contei passado 1 mês, não tive medo e contei logo, mas normalmente é só depois dos 3 meses que contamos”.

### **Importância do sexo do bebê**

Em muitas sociedades tradicionais, a preferência por filhos homens decorre da dependência dos homens como principais provedores de sustento e segurança na velhice dos pais (Regmi & Madison, 2009).

O desejo do nascimento de rapazes numa família prende-se sobretudo com a continuação do nome da família e com o assegurar da sua estabilidade financeira. As crianças do sexo feminino são menos desejadas por motivos religiosos e económicos, pois uma rapariga ao casar passa a pertencer à família do marido, seguindo as suas tradições e devendo-lhe respeito e lealdade (Regmi & Madison, 2009).

Na mentalidade hindu o valor das mulheres passa por servirem e obedecerem docilmente aos maridos e sobretudo por darem à luz crianças do sexo masculino. A preferência pelo nascimento de indivíduos do sexo masculino também se percebe por motivações socioeconómicas e religiosas, a saber: assegura a continuação do nome da família e a estabilidade financeira, por causa do dote que recebe da família da noiva quando casam. Atualmente, esta situação encontra-se muito mais atenuada, não se notando já predileções significativas entre um e outro sexo ao nascer (Borges, 2012, p.46). Também Gatrad *et al.* (2004) mencionam que o nascimento de uma menina pode gerar ansiedade nos pais por causa do pesado fardo financeiro resultante da doação de dotes.

Esta realidade está patente nas entrevistas.

E1- “Sim é importante, porque na nossa cultura quando se tem menino, depois de morrer pai ou mãe só pode o menino cremar os pais. Nós temos 2 meninas e não é importante para nós, porque vivemos fora do Nepal, mas era mais complicado se vivêssemos lá porque faz parte da cultura hindu”;

E2- “No Nepal, a preferência é o rapaz, porque na religião Hindu, quando nasce um menino, faz-se muita coisa. Quando os pais morrem, só o filho pode cremar os pais, rapa o cabelo e veste-se de branco. Mas atualmente já não existem tantas diferenças entre homem e mulher”;

E3- “Antigamente queriam mais menino, mas agora é igual ser menino ou menina, importante é ter bebés saudáveis”;

E4- “Sim é importante para os nepaleses saber que vai ter um menino. Pois um menino é mais bem visto, é o pilar da família, tem outros direitos e deveres que a mulher não tem.

Mas atualmente, já é um bocadinho diferente e também são bem-vindas as meninas. Para nós era igual menino ou menina”;

E7- “Atualmente é igual, mas antigamente era melhor um menino, porque o homem trabalha mais e tem mais direitos que a mulher”;

Pode-se concluir que existe uma preferência pelo sexo masculino, mas que atualmente não é tão evidente essa diferenciação entre os sexos. E neste sentido, é importante o EEESMO estar consciente desta realidade cultural, para detetar possíveis comportamentos sugestivos de violência de género. Também Ekstrom *et al.* (2020) referem que a igualdade de género deve ser enfatizada pois é comum que os futuros pais desejem um menino e não uma menina, pois de acordo com a cultura nepalesa têm a ideia de que as filhas são um fardo enquanto os filhos são bons para a sociedade, para a sua casa e por levar a geração a diante.

### **3.4.2- Crenças relativas à Interdição Cultural na Gravidez**

Segundo Couto (2000) citado por Alves (2008), em todas as culturas existem fortes crenças acerca dos comportamentos que a grávida deve adotar tanto na gravidez, como no parto ou mesmo no puerpério. As mulheres grávidas devido à vulnerabilidade da própria gravidez, aderem facilmente às crenças, condicionando os seus comportamentos. Submetem-se assim a um conjunto quer de interdições quer de prescrições, que foram passando de geração em geração.

Desta categoria emergiram 4 subcategorias: Interdição relacionada com a alimentação; Interdição relacionada com o vestuário; interdição relacionada com a higiene e conforto e interdição relacionada com a atividade sexual.

#### **Interdição relacionada com a Alimentação**

A alimentação dos hindus é predominantemente vegetariana. O princípio em que se baseia consiste na abstenção de magoar física, mental ou emocionalmente qualquer criatura viva. Daí que a alimentação mais comum entre muitos hindus seja a lacto-vegetariana. Todavia, alguns consomem peixe e carne de aves, mas jamais carne de vaca (Borges, 2012). Também Dramce (2020) reforça a ideia de que grande parte dos hindus são vegetarianos, sendo que não existe consumo de carne nem peixes.

Muitas mulheres hindus são frequentemente vegetarianas estritas e, portanto, não comem ovos, peixe ou carne, o que pode, além de fatores genéticos e ambientais, explicar em parte o menor peso médio ao nascer dos bebês em comparação com outros subgrupos do sul da Ásia (Gatrad, *et al.*, 2004).

A maioria dos hindus segue uma alimentação predominantemente vegetariana abstendo-se do consumo de carne. Na preparação dos alimentos são utilizados, em doses generosas, a manteiga clarificada (*ghee*) e o açúcar (Monteiro & Ramos, 2018).

As mulheres grávidas têm cuidado com a alimentação, fazendo uma dieta equilibrada, sem bebidas gaseificadas e comida demasiado picante. Existe também o reforço de alguns alimentos tais como o leite e alguns doces para dar força ao bebê. Algumas mulheres fazem referência a algumas ideias que as mulheres mais antigas têm sobre certos alimentos, nomeadamente evitar comer papaia, ananás, caju, amendoim, manga, banana, embora não saibam explicar muito bem a razão, dizendo que são alimentos quentes e que podem provocar aborto. Existe sempre uma relação entre o quente e o frio, que comanda a ingestão de determinados alimentos (Monteiro, 2007, p. 175).

Os relatos das entrevistadas vão ao encontro com o mencionado na literatura:

E1- “Durante a gravidez os alimentos proibidos na nossa cultura são: papaia, ananás, alguns peixes, tais como o salmão, não comemos porco, queijo, coca-cola, vinho”;

E2- “Eu não comi ananás, papaia, limão, coca-cola, sumos com gás e peixe porque faz mal e pode abortar”;

E3- “O mel, papaia, peixe, eu não comi durante os primeiros 3 meses”;

E5- “Durante a minha gravidez eu não comi ananás, papaia, manga, limão, coca-cola, sumos com gás, fritos e peixe porque faz mal e podia abortar”;

E7- “Durante toda a gravidez tive o cuidado de não comer manga, papaia, ananás e peixe, pois faz mal ao bebê”.

É bem evidente nas entrevistas que as crenças sobre a alimentação estão enraizadas na cultura e que mesmo num país diferente mantém as mesmas crenças e restrições. Também Sanfelice *et al.*, (2013) referem que as práticas alimentares são moduladas por crenças, prescrições e proibições advindas de práticas culturais. Com isso alimentos cientificamente benéficos para a saúde da grávida e do bebê costumam ser suprimidos da dieta, quando considerados culturalmente perigosos.

De acordo com Gatrad *et al.*, (2004) muitos sul-asiáticos, incluindo os hindus, acreditam que certos alimentos têm um efeito de "resfriamento" ou "aquecimento" nas funções de vários órgãos do corpo, como humor, personalidade e bem-estar físico. Os profissionais de saúde fariam bem, portanto, em conhecer o conceito de alimentos "quentes" e "frios", tanto na gravidez quanto no puerpério.

Este conceito está bastante separado da temperatura real dos alimentos ou da intensidade do sabor das especiarias. Alimentos ricos em proteínas, ácidos e salgados são considerados "quentes", enquanto os "frios" costumam ser doces. Lentilhas, painço, beringelas e uvas são exemplos de alimentos “quentes”, e cereais, batatas, leite e açúcar branco são exemplos de alimentos “frios” (Gatrad *et al.*, 2004).

Neste sentido, o EEESMO deve conhecer as práticas culturais relacionadas com a alimentação durante a gravidez, respeitando-as, mas, no entanto, deve estar atento a dietas restritivas e que possam prejudicar mãe e bebê.

### **Interdição relacionada com o Vestuário**

Relativamente ao vestuário, também existem algumas restrições durante a gravidez que se prendem com o fato de as mulheres grávidas, terem a obrigatoriedade de usarem apenas vestuário com mangas compridas e saias compridas, devido à crença cultural de que “entra frio e o bebê pode constipar-se”, independentemente da estação do ano.

Esta realidade está patente no relato das entrevistadas:

E1- “Na nossa cultura as mulheres grávidas não podem usar roupa de manga curta, usar calças de ganga, sapatos altos, porque faz mal ao bebê”;

E2- “Não podemos vestir manga curta e só usar vestido por baixo dos artelhos. Usar sapatos baixos. No Nepal é muito mal visto ver uma grávida com saia curta e manga curta, porque pode apanhar frio e fazer mal ao bebe”;

E3- “As mulheres grávidas só podem usar vestidos compridos de manga comprida, porque se não usar entra vento e não é bom para o bebê”.

### **Interdição relacionada com a Higiene e Conforto**

Algumas mulheres referem o impedimento de se lavar a cabeça durante a gravidez, por ser tradição. Pensa-se que se lavar a cabeça sobretudo na primeira gravidez, o risco de ter a criança prematuramente aumenta (Monteiro, 2007, p.179).

E1- “É comum tomarmos banho diário em dias alternados e não pode ser todos os dias, porque podemos constipar-nos e ficar doentes”;

E2- “A mulher grávida toma banho duas vezes por semana porque pode apanhar frio e pode fazer mal ao bebe. Banho parcial é todos os dias”;

E4- “Não tomamos banho geral com lavagem de cabelo todos os dias, porque faz mal”.

As mulheres entrevistadas referiram que não tomavam banho todos os dias porque existiria maior probabilidade de ficarem doentes e conseqüentemente fazerem mal ao bebé, referindo-se particularmente à lavagem do cabelo. O EEESMO deve ter em conta estes pressupostos culturais, valorizando-os e respeitando-os.

### **Interdição relacionada com a Atividade Sexual**

Os relatos dos casais entrevistados referem abstinência sexual durante o primeiro trimestre da gravidez.

E1- “Durante os primeiros 3 meses não pode, mas depois pode, depende da saúde do bebe e da mãe”;

E2- “Até aos 3 meses de gravidez não fazemos, depois não há problema”;

E3- “Esperamos 4 meses e só depois iniciamos. A mulher diz se pode ser”.

Neste sentido, o EEESMO deve esclarecer acerca de mitos que possam existir, e respeitar as crenças culturais.

### **3.4.3- Crenças relativas à Prescrição Cultural na Gravidez**

#### **Prescrição relacionada com a Alimentação**

A dieta vegetariana é a base da alimentação, embora algumas mulheres grávidas comam também carne de frango.

E1- “Tentei comer durante a gravidez arroz, carne de borrego, frango, comida vegetariana, frutas, leite, *ghee* (manteiga clarificada), a mulher grávida tem de comer muito *ghee* para ter muita proteína e sentir-se forte. Feijão, grão e sumos naturais”;

E2- “Eu comi durante a gravidez leite de vaca e búfalo (1/2 l/dia), arroz, vegetais, frango, cabra, borrego, pouco piripiri, arroz doce”;

E3- “Os alimentos que devemos comer durante a gravidez são o leite, iogurte, frango, uvas, passas, nozes, arroz, legumes, frutas”;

E7- Na nossa cultura temos de comer leite, iogurte, frango, uvas, passas, nozes, arroz, legumes, frutas e *ghee* durante a gravidez.”

Os relatos vão de encontro com o encontrado na literatura, que referem a ingestão do leite com *ghee* e a ingestão de doces para dar força à mãe. O EEESMO deve efetuar educação para a saúde, acerca dos ensinamentos sobre a alimentação saudável às grávidas nepalesas, conhecendo as suas práticas culturais, sensibilizando-as para os riscos da saúde materno-fetal inerentes à ingestão de grandes quantidades de açúcar e gorduras e possíveis déficits de nutrientes, nomeadamente o ferro.

### **3.4.4- Rituais Festivos durante a Gravidez**

#### **Caracterização das festas**

As festas e rituais fazem parte integrante da cultura hindu. Elas celebram datas e acontecimentos importantes e evidenciam certos aspetos da vida. A gravidez como acontecimento festivo é celebrado de várias formas e qualquer aspeto é motivo de alegria. Estas festas muitas vezes simbólicas, procuram na sua maioria trazer felicidade, saúde e bem-estar para a grávida e para a criança. A festa faz-se ao quinto mês, ou ao sétimo, quem não faz ao sétimo faz ao nono mês (Monteiro, 2007, p.180). Os relatos das entrevistadas vão de encontro com a literatura:

E1- “A primeira festa é realizada ao 7º mês de gravidez, chama-se *Dahi-Chiura*, semelhante ao *babyshower*. Reunimos a família e amigos em casa, faz muita comida, carne, arroz, sumos, iogurtes (*Dahi*), arroz (*Chiura*) e vestem a *Daura-Suruwal*”;

E2- “A primeira festa chama-se *Dahi-Chiura* aos 7 meses. Reunimos a família e os amigos, comemos bolos, arroz, roti, frutas. E vestimos a *Daura-Suruwal*”;

E3- “Aos 5 meses de gravidez, fazemos a festa *Gender Reveal*, um balão com confettis azul ou rosa, rebentamos o balão e vemos qual a cor que sai. Comemos arroz, roti, doces. As grávidas vestem o sari, colocam a *Tika* (pinta preta ou vermelha na testa) e o *Mendi* (pintura das mãos). Para ficarmos bonitas. A outra festa é semelhante e faz-se aos 7 meses”;

E5- “Aos 7 meses reunimos a família e os amigos e vestimos a *Daura-Suruwal*. É um agradecimento aos Deuses por estar a correr tudo bem e pedir para que tudo corra bem no parto”;

E7- “Fazemos uma festa quando sabemos que é um menino ou menina e depois aos 7 meses celebramos. Comemos arroz, roti, doces. As grávidas vestem o *Sari* e coloca, a *tika* e o *Mendi*, para ficarmos bonitas”.

As principais festas durante a gravidez são: aos 5 meses a festa do *Gender Revel*, em que é revelado o sexo do bebé aos familiares e aos 7 meses a *Dahi-Chiura*, semelhante ao *babyshower* nas culturas ocidentais.

### 3.5- DOMINIO 3- CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE O PARTO

A altura do parto é referida como sendo uma altura importante na qual a mulher deve permanecer calma. Atualmente, a maioria dos maridos hindus fazem questão de acompanhar a mulher durante o parto pois consideram que também têm um papel importante. Os Hindus não têm medo da gravidez nem do parto porque têm muito apoio familiar (Monteiro, 2007).

Quando a mulher sentir as dores de parto deve andar e movimentar-se para acelerar o processo de parto. Antigamente não era bom karma, mas hoje em dia os esposos fazem questão de acompanhar a esposa durante o parto (Monteiro, 2007 citado por Borges, 2012).

De seguida apresento esquematicamente o Diagrama Geral de Análise de Conteúdo Segundo Bardin (2013), relativo ao Domínio 3:

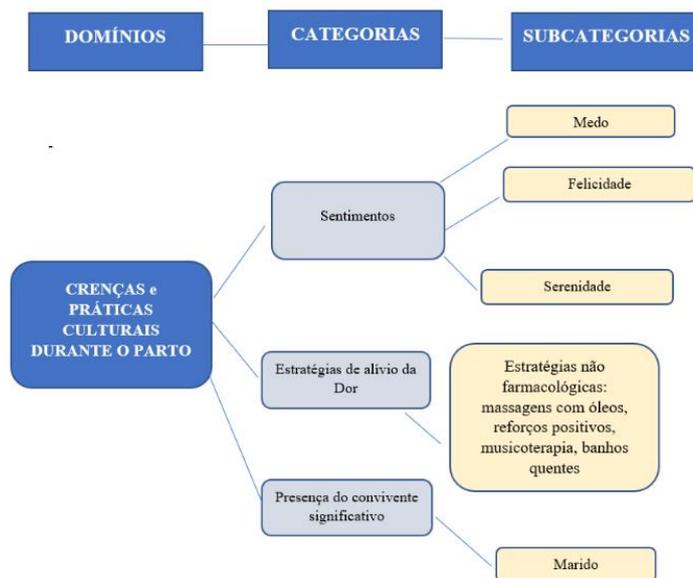


Figura 3-Diagrama de Análise de Conteúdo- Domínio 3: Crenças e Práticas Culturais durante o Trabalho de Parto e Parto

Este domínio apresenta 3 categorias: Crenças relativas a sentimentos; Estratégias de alívio da dor e presença de convivente significativo.

### 3.5.1- Crenças relativas a Sentimentos

As entrevistadas relataram apresentar durante o parto, principalmente, três sentimentos: Medo, Felicidade e Serenidade. Referiram sentir medo da dor, mas simultaneamente serenidade pois acreditavam que Deus as ia ajudar, e que nada de mal iria acontecer a elas e ao seu bebê. Os relatos das entrevistas vão ao encontro com essa realidade:

E1- “No Nepal, sentimos medo, porque não sabemos o sexo do bebê antes de nascer, nas maternidades públicas, só se for no privado, mas é preciso muito dinheiro. E temos medo de ter Dor”;

E2- “Medo da Dor, mas sentimo-nos muito felizes, no Nepal a família está na maternidade 24h e ajuda no momento do parto”;

E3- “Antes do parto sentimos um bocadinho de medo da Dor, mas depois dele nascer ficamos muito contentes”;

E4- “No Nepal estamos mais serenas, porque temos a família connosco sempre. Aqui em Portugal é diferente, só o marido pode estar e não estamos tão à vontade. Mas acreditamos que Deus nos vai ajudar e que vai correr tudo bem”;

Os principais sentimentos que foram referidos pelas entrevistadas foram: o Medo, a Felicidade e a Serenidade. Referenciaram que no Nepal não era possível conhecer o sexo do bebé durante a gravidez, apenas se esse serviço fosse pago. Referiram também a importância do apoio da família durante o trabalho de parto e parto, no auxílio das estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Evidenciaram que no Nepal, é permitido a presença constante dos elementos femininos da família durante o trabalho de parto e parto, ao contrário de Portugal que só poderia escolher um convivente significativo para estar presente. Esta situação foi mencionada com desagrado por parte das participantes, sendo um fator negativo na vivência de uma experiência positiva de parto.

### **3.5.2- Crenças relativas a Estratégias não farmacológicas de alívio da Dor**

São várias as técnicas para alívio da dor durante o trabalho de parto. Entre elas estão a deambulação, os exercícios respiratórios, posições variadas, banhos de imersão e/ou aspersão, exercícios de relaxamento, massagens, principalmente lombo-sacrais, e exercícios na bola (Hanum, *et al.*, 2017).

Monteiro (2007) refere que na comunidade hindu, as mulheres grávidas, em trabalho de parto, quando começavam as dores, em casa faziam ginástica e massagem na barriga para ajudar o bebé a descer. Outra indicação dada no dia do parto era para andar muito antes da hora para que a criança desça.

Os relatos das entrevistadas corroboram com a literatura:

E1- “A família é muito importante durante o trabalho de parto e parto. Fica sempre uma pessoa da família junto da mulher. A dizer que não há problema, a dar coragem, a fazer massagens, aliviar o calor com panos molhados na testa, a família fala sempre positivo, para a grávida não ficar nervosa. Muitas mulheres se queixam disto em Portugal, não ter apoio da família sempre nos cuidados de saúde”;

E2- “Massagens, respiração, andar, dar comida pela família”;

E3- “Utilizamos muito as massagens com óleo, música e banhos quentes, a família é muito importante. No Nepal as mães ou sogras estão sempre ao pé de nós, dão muita coragem”;

A cultura nepalesa dá grande enfoque e importância às estratégias não farmacológicas de alívio da dor, durante o trabalho de parto e parto, tais como as encontradas nos excertos supracitados (massagem, respiração, musicoterapia, banhos quentes) que vão de encontro com as orientações da OMS “Para uma Experiência Positiva de Parto”.

### **3.5.3- Crenças relativas à Presença do Convivente Significativo**

No Nepal, no momento do parto a mulher nunca é deixada sozinha, está sempre rodeada de elementos familiares femininos, que dão apoio psicológico e ajudam nas estratégias não farmacológicas da dor, nomeadamente massagens com óleo de mostrada quente.

Em Portugal, visto não terem a restante família, apenas o marido, a maioria dos maridos hindus fazem questão de acompanhar a mulher durante o parto pois consideram que também têm um papel importante (Monteiro, 2007).

Está patente nas entrevistas a importância dada à presença do convivente significativo.

E1- “É mesmo muito importante para mim”;

E3- “É muito importante, porque a mulher fica mais segura e com menos medo, a escolha foi o marido”;

E4- “O meu marido foi muito importante para mim no parto”.

E5- “Fico mais serena e calma com o meu marido”

O EEESMO tem o dever de acompanhar a parturiente durante todo o trabalho de parto e parto e estar atento às necessidades da mesma e do convivente significativo. Deve ser detentor do conhecimento sobre as suas práticas culturais durante o trabalho de parto e parto, valorizando e satisfazendo as necessidades da parturiente, na medida do possível, possibilitando assim que as grávidas nepalesas obtenham uma experiência positiva de parto.

### 3.6- DOMÍNIO 4 – CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE O PÓS-PARTO, RELACIONADAS COM A PUÉRPERA

O período pós-parto é muito rico em cuidados e atenções tanto para a mãe como para o bebé. É um período considerado de resguardo, onde a mãe deve recuperar do esforço do parto e proporcionar uma recuperação tanto física como psicológica. Neste período preferencia-se a relação da mãe com o filho, sendo as restantes tarefas como o cuidado da casa, do marido e dos filhos atribuídos à mãe, à sogra ou a outras pessoas da família. (Monteiro, 2007).

O mesmo autor refere ainda que quando a mulher sai do hospital tapa os ouvidos e a cabeça para não apanhar vento e quando chega em casa tapa os espelhos. O vento e o ar frio são considerados nocivos para a mãe, pois o ar ao entrar no corpo vai preencher o espaço deixado vazio após o parto, impedindo que a mulher recupere a sua forma física e arrefecendo em demasia o corpo, estando a nova mãe sujeita a constipações ou outras doenças do foro respiratório (Monteiro, 2007).

Os rituais comuns são o repouso por um período limitado de tempo após o parto, observando-se uma dieta e outras restrições e recebendo apoio da família extensa (mãe e sogra e outras mulheres) (Sharma *et al.*, 2016)).

De seguida apresento esquematicamente o Diagrama Geral de Análise de Conteúdo Segundo Bardin (2013), relativo ao Domínio 4:

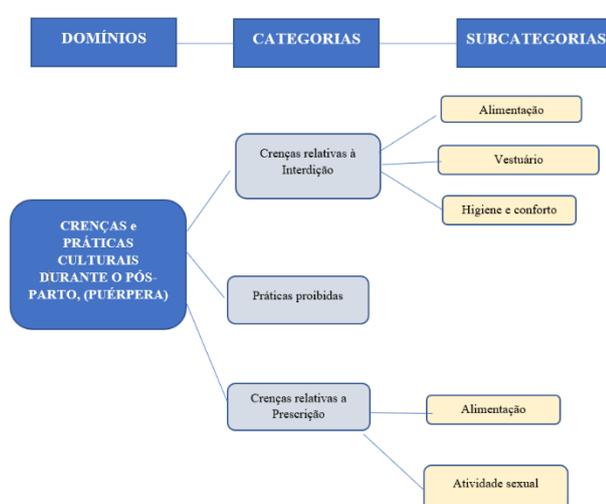


Figura 4- Diagrama de Análise de Conteúdo- Domínio 4: Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com a Puérpera

O domínio 4 apresenta 3 categorias: Crenças relativas a alimentação no pós-parto; práticas proibidas e crenças relativas á prescrição no Pós-Parto.

### **3.6.1- Crenças relativas à Interdição**

Dentro desta categoria emergiram 3 subcategorias: Interdição relativa à Alimentação; Interdição relativa ao Vestuário e Interdição relativa à Higiene e Conforto.

#### **Interdição relativa a Alimentação no Pós-Parto**

No pós-parto imediato ainda na maternidade começam os cuidados com a alimentação. É uma dieta especial que se mantém geralmente nos primeiros sete a onze dias, podendo-se prolongar até aos 20-30 dias (Monteiro, 2007, p.188).

De acordo com Sharma *et al.* (2016), as novas mães recebem uma dieta especial no período pós-natal como uma sopa especial preparada com feijões com um pouco de carne, *dahi-chyura* (coalhada e arroz batido acompanhado com caril de carne). Evita-se o óleo e cozinha-se com manteiga (*ghee*).

Evitam-se os alimentos ácidos como o tomate, o limão e a laranja por causa do leite e também por causa da própria mãe, para que a barriga volte rapidamente ao sítio e por causa dos pontos. Em geral, tem-se cuidado com a fruta e com a batata porque pensa-se que pode interferir com a função intestinal da criança (Monteiro, 2007).

De acordo com Gatrad *et al.* (2004), alimentos ricos em proteínas, ácidos e salgados são considerados "quentes", enquanto os "frios" costumam ser doces. Lentilhas, painço, beringelas e uvas são exemplos de alimentos “quentes”, e cereais, batatas, leite e açúcar branco são exemplos de alimentos “frios”. Por exemplo, quando a mãe está a amamentar, se o bebé estiver doente ou com febre, no primeiro caso ela pode evitar alimentos frios e vice-versa, quando o bebé está com temperatura elevada.

Na casa materna, a nova mãe é cuidada e alimentada com uma dieta específica de lentilhas e especiarias (Sharma *et al.*, 2016).

As entrevistadas relataram ter cuidados com alguns alimentos:

E1- “não comemos tanto picante como antes”;

E2- “Não podemos comer peixe, alho, frutas, batata, porque faz calor e faz problemas e não podemos comer coisas frias”;

E3- “Depois de ter o bebê, não comemos coisas verdes, batata, e fruta, nem alimentos frios”;

E4- “Não comi picante e alimentos frios”.

### **Interdição relativa a Vestuário no Pós-Parto**

Tal como na gravidez, o princípio mantém-se o mesmo de não “apanhar frio”, impedindo a doença de mãe e bebê. Continuando a estar presente nos relatos das entrevistas:

E1- “Só podem vestir roupa de manga comprida e não podem vestir calças de ganga”;

E3- “Veste apenas vestidos compridos e de manga comprida”;

É importante que o EEESMO seja detentor destes conhecimentos, aperfeiçoando as suas competências culturais, nomeadamente a sensibilidade cultural, evitando preconceitos e juízos de valor.

### **Interdição relativa a Higiene e Conforto no Pós-Parto**

Durante o primeiro mês após o parto, a mulher recebe massagens efetuadas pela mãe, sogra ou por outra mulher, para ajudar o corpo a voltar à sua forma e para não terem dores no corpo. Estas massagens iniciam-se após o sétimo dia (Monteiro, 2007).

Sharma, *et al.*, (2016) corrobora com o mesmo, referindo que no pós-parto, a partir do dia do batismo, a mãe e bebê recebem massagens com óleo de mostarda e ficam ao sol. Também os mesmos autores referem que as mulheres nepalesas descansam após o trabalho de parto e parto, pelo menos durante o primeiro mês.

No período pós-natal as mulheres precisam de tempo para curar e, portanto, ficam isoladas (Sharma *et al.*, 2016).

Esta realidade foi mencionada nos relatos das entrevistadas:

E1- “A mulher no pós-parto fica resguardada, não trabalha, não faz nada em casa, apenas cuida do bebê e come. O marido faz massagens com óleo, ao sol, uma vez por dia. Apenas toma banho duas vezes por semana até aos 2 meses após o parto, porque pode apanhar frio e pode ficar doente. O marido ajuda no banho durante 2 a 3 semanas”;

E2- “O marido faz massagens à mulher com óleo de mostarda aquecido, uma vez por dia ao sol”;

E3- “A mulher no pós-parto, é muito bem cuidada pela família, fazem lhe massagens todos os dias de manhã, fazem a comida e dão carinhos”;

É importante que o EEESMO seja detentor destas práticas culturais, aperfeiçoando as suas competências culturais, nomeadamente a sensibilidade cultural, evitando preconceitos e juízos de valor.

### **3.6.2- Práticas Proibidas**

Na cultura hindu acredita-se que o nascimento seja impuro. A cerimónia de purificação/batizado chamado *Nawaran*, envolve um dia de limpeza da casa, banho da mãe, e do bebé e escolha do nome. A cerimónia pode ocorrer entre o 3º e 12º dia após o nascimento. Nos dias anteriores à celebração, a mãe não pode sair de casa, não deve ir ao templo, não pode ir à cozinha, subir escadas e ninguém pode tocá-la ou tirar a criança diretamente dela (Sharma *et al.*, 2016).

Também Monteiro (2007) refere que a mulher, pelo facto de após o parto ainda ter perdas sanguíneas, é considerada impura não podendo aproximar-se de lugares sagrados, do *mandir* da casa ou mesmo preparar refeições. Geralmente, a mulher vai para casa da mãe onde permanece por um período que oscila de duas semanas a um mês e meio, saindo de casa, apenas em situações especiais. Caso a mãe não esteja presente a mulher vai para casa da sogra (p.186).

O único trabalho da mãe é cuidar do bebé. As novas mães ficam isoladas de toda a gente, exceto das mulheres da família. Este afastamento social temporário é considerado como promotor da amamentação (Sharma *et al.*, 2016).

Esta situação encontra-se patente nas entrevistas:

E1- “Na nossa cultura, as mulheres depois de terem o bebé, só podem sair de casa nos primeiros 10 dias para ir ao médico. Não podem carregar pesos, caminhar muito e saírem de casa sozinhas. Não podem entrar na casa de Deus”;

E2- “Nos primeiros 7 dias a mulher não pode sair de casa, apenas para ir ao médico. No Nepal as mulheres ainda ficam em quartos separados do marido. A mãe fica com o bebé e o marido fica noutra quarto”;

E3- “A mulher quando sai da maternidade fica um mês sem sair de casa, apenas vai às consultas”.

A mulher nepalesa fica isolada até ao 12º dia, sem contacto com a vida social, apenas se limita a descansar, dormir, comer e amamentar o bebé. É uma realidade muito diferente da cultura portuguesa, mas que o EEESMO deve ser detentor e respeitar, estando atento às necessidades da puérpera. O pós-parto é considerado um período de descanso e recuperação de forças para a nova mãe.

### **3.6.3- Crenças relativas à Prescrição no Pós-parto**

Dentro desta categoria emergiram 2 subcategorias: Prescrição relativa à Alimentação e Reinício da Atividade Sexual.

#### **Prescrição relativa à Alimentação no Pós-Parto**

A alimentação no pós-parto visa o fortalecimento da mãe, para conseguir amamentar o seu bebé. Sharma *et al.*, (2016) refere que as novas mães recebem uma dieta especial no período pós-natal, uma sopa especial preparada com vários feijões com um pouco de carne, *Dahi-chyura* (coalhada e arroz batido acompanhado de caril de carne), doce especial em forma de bolo, rico em calorias, feito com farinha, *ghee*, castanha de caju e coco. A nova mãe é cuidada e alimentada com uma dieta de lentilhas e especiarias, como cominho, que estimulam a produção do leite.

Os relatos das entrevistas retratam essa realidade:

E1- “Devemos comer depois do bebe nascer, canja, carne de cabra, *ghee*, sopa de lentilhas, leite com mel, romã. Porque faz bem ao sangue e fortalece a mulher, porque depois de ter o bebé a mulher perde muito sangue”;

E2- “Eu comi canja, carne de cabra, *ghee*, arroz com legumes”;

E3- “Depois de bebe nascer comemos muita sopa e arroz”;

E7- “Na nossa cultura comemos sopa, arroz, leite com muito *ghee* quente”.

O EEESMO deve conhecer estas práticas culturais, respeitando-as. Deve sensibilizar a puérpera dos riscos para a sua saúde, da ingestão elevada de alimentos ricos em gordura e açúcar.

### **Reinício da atividade sexual no Pós-Parto**

Os relatos das entrevistas referiram que os casais não praticavam atividade sexual nos primeiros 3 meses após o parto, porque tinham a crença de que fazia mal à saúde da mulher.

E1- “Não fazemos sexo até aos 3 meses, porque faz mal à saúde da mulher”;

E2- “Fica 3 meses sem fazer sexo”;

E3- “Não fazemos sexo até aos 3 e 4 meses, porque é mau para a mulher”;

E4- “Fica 3 meses”.

O EEESMO deve informar sobre a inexistência de uma data específica para o reinício da atividade sexual no pós-parto, ressaltando a necessidade e importância da realização, após as seis semanas do pós-parto, da consulta de revisão de parto no Centro de Saúde, com o seu médico e enfermeiro de família. Nessa consulta, devem ser abordados os métodos contraceptivos existentes e discutir com o casal qual o melhor método a adotar pelos mesmos. Alertar para a necessidade de espaçamento, de pelo menos 2 anos, entre as gravidezes, tendo em conta a existência de melhores resultados de saúde materno-infantis, de acordo com a evidência científica.

### **3.7- DOMINIO 5 - CRENÇAS E PRÁTICAS CULTURAIS DURANTE O PÓS-PARTO, RELACIONADAS COM O RECÉM-NASCIDO**

Os cuidados efetuados à criança, na cultura hindu, são essencialmente, o banho, a massagem e a alimentação. Nestes três tipos de cuidados é realçada a ligação que se estabelece entre o corpo da criança e o da sua mãe/ prestadora de cuidados. O cuidado do corpo e a valorização do toque, vistos como a primeira forma de aliança entre a mãe e a criança, são defendidos e estimulados na cultura hindu, constituindo uma forma de aproximação, mas também um meio de descoberta do mundo que rodeia a criança (Sharma *et al.*, 2016).

Os hindus encaram o nascimento de uma criança como uma bênção de Deus, sendo entendido como um sinal de favorecimento e de merecimento para os pais e para toda a família. A criança representa o indivíduo no seu estado mais puro, com uma ligação direta a Deus, pelo que é fonte de alegria e de benefícios. Ela atrai o que de bom existe no mundo. No entanto, a sua pureza e ingenuidade ficam sujeitas à admiração e aos olhares dos que a rodeiam pelo que frequentemente são vítimas de mau-olhado (Monteiro & Ramos, 2018, p.69).

De seguida apresento esquematicamente o Diagrama Geral de Análise de Conteúdo Segundo Bardin (2013), relativo ao Domínio 5:

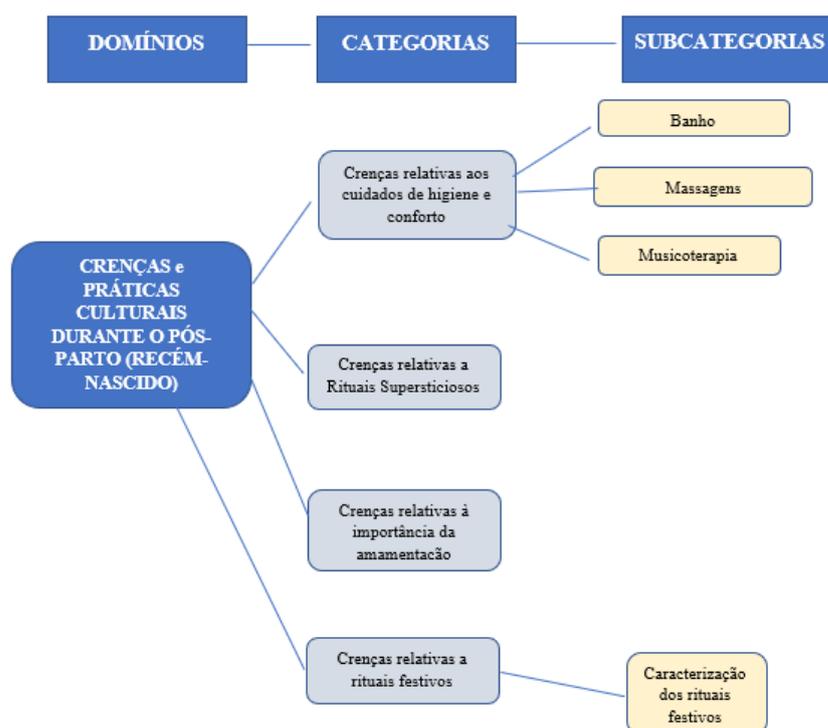


Figura 5-Diagrama da Análise de Conteúdo- Domínio 5: Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com o Recém-Nascido

Este domínio apresenta 4 categorias: Crenças relativas aos Cuidados de Higiene e Conforto; Crenças relativas a Rituais Supersticiosos; Crenças relativas à Amamentação e Crenças relativas a Rituais Festivos.

### 3.7.1- Crenças relativas aos cuidados de Higiene e Conforto do Recém-Nascido

Nesta categoria emergiram 3 subcategorias: Banho, Massagens e Musicoterapia.

O banho é um dos momentos de contacto e de ligação da mãe com o seu filho. Mais do que um momento lúdico, o banho é visto como uma forma de purificação, de remoção de tudo o que possa contaminar e ser nefasto.

A massagem é outro especto muito importante e específico da cultura hindu. É feita desde que o coto umbilical cai até cerca de 1 ano ou 1 ano e meio de idade. É geralmente realizada com um óleo natural. Esta técnica milenar tem como objetivos moldar o corpo do bebé, estimular a circulação, desenvolver as articulações e a massa muscular e aprofundar a relação entre a criança e quem efetua a massagem, estimulando a componente física, mas também a componente emocional e relacional (Monteiro, 2007).

É feita em todo o corpo do bebé, tendo início na cabeça e descendo suavemente até aos pés. Esta massagem designada por *Shantala* é passada de geração para geração, ao longo dos anos. Segundo os hindus, mais do que uma técnica benéfica para as crianças esta massagem é uma forma de tocar, de conhecer o bebé e através das mãos lhe transmitir amor e carinho (Regmi e Madison, 2009).

Está patente a utilização da musicoterapia durante os cuidados de higiene e conforto, através do canto de canções, durante o banho e a massagem ao bebé.

Estão relatados os cuidados inerentes ao banho, massagem e musicoterapia, nos seguintes excertos:

E1- “O banho é dado dentro de uma bacia, colocado na base do poliban. Coloca-se farinha de arroz na cabeça para limpar o couro cabeludo do lixo da cabeça”;

E1- “Nos primeiros 7 dias fica com a mãe, depois da festa *Nauwran* já podemos dar o banho e fazer massagens, com óleo de mostarda aquecido e óleo de coco aquecido. Faz-se a massagem só numa direção, de cima para baixo. Colocamos a *Tika* na testa, pulseiras de cordão nos pés e mãos e barriga”;

E3- “Fazemos massagens ao bebé com óleo de coco e de mostarda, durante o verão todos os dias, de inverno dia sim, dia não. Damos banho 2 vezes por semana e depois fazemos as massagens e cantamos para ele”.

A literatura realça a importância da massagem no bem-estar do recém-nascido, através do alívio dos desconfortos intestinais, reforço da vinculação, relaxamento e estimulação da circulação. A massagem *Shantala* é de origem oriental cujo ocidente transferiu como uma boa prática nos cuidados de saúde.

O EEESMO deve conhecer estas práticas culturais, relativas à proibição do banho geral do bebé durante a primeira semana de vida. Torna-se fundamental ter este conhecimento, pois na maternidade, em Portugal, torna-se rotineiro a realização do primeiro banho no 2º dia de vida do bebé. O EEESMO deve estar sensível a estas questões culturais, questionando os pais sobre a realização dos cuidados de higiene gerais ou apenas parciais, como é feito na sua cultura, respeitando deste modo a sua decisão.

### **3.7.2- Crenças sobre Rituais Supersticiosos**

A cultura hindu associa frequentemente o profano ao sagrado. Surge então o mau-olhado e em consequência, diversas formas de proteger e isolar o mal. A proteção da família e do bem-estar familiar, dos olhares nocivos e mal-intencionados dos vizinhos, dos amigos e até da própria família é um dos aspetos que a mulher hindu tem a seu cargo (Monteiro, 2007).

Existem objetos e práticas diversas para proteger as crianças do mau-olhado. As mais comuns são o uso diário do *cajal/Tika* (pinta preta) nos olhos e testa e a colocação de fios ou pulseiras pretas nas mãos ou ainda pulseiras de ouro ou prata com bolinhas pretas.

Existe também a crença que as crianças pequenas não podem olhar para os espelhos. Desta forma, logo após o nascimento os espelhos do quarto são cobertos com lençóis e panos evitando que a criança veja a sua imagem refletida. Encontramos duas justificações distintas, sendo a maioria das vezes explicado pelo facto de os dentes nascerem tortos, custarem a nascer ou então, poder provocar confusão na cabeça do bebé e assustá-lo (Monteiro, 2007).

Várias crenças relacionadas com a saúde das crianças são efetuadas nas casas hindus e variam de família para família, não sendo generalizadas, por exemplo: evitar que o bebé olhe para o espelho para os dentes não crescerem tortos; não pentear o bebé com escova antes dos seis meses para não afastar a inteligência; não sentar precocemente o bebé porque pode fazer mal à coluna (Monteiro & Ramos, 2018, p. 69).

Encontra-se retratado nas entrevistas os seguintes rituais supersticiosos:

E4- “Depois de bebé nascer, após a primeira semana, colocamos cordões pretos á volta das mãos, pés e barriga e colocamos a *tika* no centro da testa. Isto porque assim bebé fica protegido contra o mau-olhado;”

E5- “(...) Poem-se as pulseiras de cordão à volta das mãos, pés e barriga, colocamos a *tika* em preto. Isto serve para os outros não fazerem mal ao bebé, proteger o bebé dos maus olhados”;

E7- “Tapamos os espelhos para o recém-nascido não olhar”;

Torna-se essencial o EEESMO, quando se depara com recém-nascidos com estas particularidades, com a *tika*, com cordões à volta das mãos, pés e barriga, conhecer o seu significado e saber qual a sua importância para os pais, que são alvo dos seus cuidados, aceitando e respeitando, acima de tudo, essas crenças e valores culturais.

### **3.7.3- Crenças relativas à Amamentação**

Todas as mulheres hindus referem o leite materno como o melhor alimento para a criança. Este conceito é ensinado e interiorizado desde a infância. Desta forma, a maioria das crianças hindus mamam até um ou dois anos de idade, não sendo necessário qualquer tipo de incentivo. As mulheres hindus referem-se apenas a aspetos positivos da amamentação, nomeadamente a proteção contra doenças, a economia e a facilidade do alimento e a ajuda para que o corpo da mulher volte à sua forma normal (Monteiro, 2007).

Também Sharma *et al.* (2016) refere que as taxas de amamentação são altas no Nepal.

Monteiro e Ramos (2018) referem também que a alimentação é vista como uma forma de proteger o corpo e de evitar a doença, pelo que desde muito cedo existem cuidados redobrados, por forma a darem às crianças uma alimentação mais saudável, sendo o leite materno, o leite preferencial para alimentar o bebé logo que este nasce.

A noção de que o leite é a principal fonte de alimentação da criança, nos primeiros anos de vida, leva a que a mulher tenha determinados cuidados com a sua alimentação, evitando alimentos que podem fazer mal ao bebé ou causar-lhe desconforto.

A prática da amamentação é intrínseca à cultura hindu, e esta realidade é evidente nos relatos dos seguintes excertos:

E1- “Na nossa cultura todas as mulheres dão mama. O leite da mama faz melhor para o bebé, uma mulher que não consegue dar mama sente-se mal, é mal vista pelas outras mulheres. Na segunda filha, dei só mama e correu tudo muito bem, estou muito feliz, é

mais fácil, económico, mais saudável, melhor para a mãe e bebé. Quero dar mama até ela querer”;

E2- “Sim é muito importante, as mulheres dão mama mais ou menos até aos 3 anos de vida da criança. Porque a mama faz bem e bebé fica muito forte. Sinto-me muito bem a amamentar, quero dar mama até o bebé querer”;

E3- “Dar mama é muito importante para os bebés, se possível até aos 2/3 anos. É muito importante para o bebé e para a mãe. Ficam mais saudáveis com o leite da mãe. Sinto-me muito feliz a dar mama e foi fácil dar mama, é natural. Quero dar o mais tempo possível que conseguir”;

A amamentação é considerada como algo natural, inerente a todas as mães hindus e enraizada na cultura nepalesa. A literatura refere taxas de amamentação elevadas, indo de encontro com o relatado pelas entrevistadas. Sendo uma boa prática e indo ao encontro do preconizado pela OMS, amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade e como complemento até 2 anos, ou até o bebé e a mãe desejarem.

#### **3.7.4- Caracterização dos Rituais Festivos**

Entre o 6º e 12º dia de vida da criança, faz-se uma cerimónia, coloca-se numa mesa um tecido fino, geralmente seda. Em redor colocam-se pratos com oferendas de fruta, arroz e outros alimentos. A criança enrolada num tecido de linho ou algodão branco é levada pela tia (irmã mais velha do pai) perto deste altar e é oferecida sete vezes. É também colocado na testa da criança o *tika* e são atadas nas mãos fios sagrados que conferem proteção (Monteiro, 2007).

Nesta cerimónia convida-se um padre para indicar, de acordo com o dia e a hora do nascimento, a letra pela qual o nome da criança deverá começar. Esta celebração torna-se muito importante também para a mãe, pois deixa de ser considerada como “impura” e pode regressar a sua vida social.

De acordo com Sharma *et al.* (2016) a primeira cerimónia após o nascimento ocorre entre o 6º e o 12º dia após o nascimento e chama-se *Nauwran*. De preferência é realizada entre o 9º e 12º dia de vida. Um padre realiza a cerimónia do batismo de *Nauwran* em casa, que inclui o horóscopo dos detalhes do nascimento da criança e a mãe e a criança são purificadas. Antes da cerimónia, a mãe não pode sair de casa, não pode visitar o templo

hindu, não pode ir à cozinha, e ninguém a pode tocar, nem tirar a criança dela, pois um parto é considerado “sujo”. A sogra usará o seu *sari* velho para pegar na criança. Após a cerimónia, a nova mãe é incluída de volta nas atividades domésticas e religiosas (Monteiro, 2007).

De acordo com Sharma, *et al.* (2016) a cerimónia do desmame ocorre aos 5 meses para as meninas e aos 6 meses para os meninos. Nesta cerimónia, colocam-se pulseiras de prata maciça, pois acredita-se que ajudam as pernas do bebé a ficarem mais fortes.

Os relatos das participantes vão de encontro com os autores supracitados:

E1- “A primeira festa faz-se após a primeira semana e chama-se *Nauwran*. Quando é menino é ao 9º dia e quando é menina é ao 12º dia. Nesse dia mete-se o nome do filho e a mulher já pode sair e entrar na casa de Deus e pode falar com outras pessoas. Convidamos os amigos, comemos carne de chibo, arroz basmati sem sal, vinho. A segunda festa faz-se aos 5/6 meses. Se menina faz-se aos 5 meses, se menino faz-se aos 6 meses. Colocam-se pulseiras de prata nos pés e ouro nas mãos e brincos nas orelhas. Prova um pouco de várias comidas, frutas, arroz, arroz doce. Veste uma roupa própria para o dia da festa. Reunimos a família e amigos”;

E2- “O batismo chama-se *Nauwran*, e é a primeira festa depois da criança nascer, a festa é feita pelo padre hindu que se chama *Pandit*. A segunda festa faz-se aos 5/6 meses, é a introdução da comida, chama-se *Rice-Feeding*. Colocam-se pulseiras de prata nos pés e ouro nas mãos e brincos nas orelhas tanto se for menino como menina. Dá-se um bocadinho de várias comidas a provar ao bebé”;

E3- “Colocamos ao 9º dia, durante a primeira celebração as pulseiras de cordão nos pés, mãos e barriga e colocamos a *tika*”.

Neste sentido, é essencial que o EEESMO conheça as crenças e práticas culturais dos casais nepaleses, pois existem particularidades da cultura hindu, muito dispare da portuguesa. Para isso é essencial que o EEESMO preste um cuidado transcultural, estando aberto e atento às reais necessidades dos casais, à sua cultura e religião.

De salientar, que o EEESMO tem de estar atento às necessidades de literacia, nomeadamente em relação à puericultura e parentalidade, dos casais nepaleses. Uma mãe nepalesa imigrante, grávida em Portugal, não possui os conhecimentos sobre os cuidados ao recém-nascido, como por exemplo, os cuidados de higiene e conforto, entre outros,

pois culturalmente, no pós-parto, no Nepal, estes são da responsabilidade da sogra e não da mãe.

Torna-se fulcral, que o EEESMO adote atitudes que promovam a transculturalidade, tais como a disponibilidade de tempo para entender as necessidades e perspectivas culturais da grávida e pais; respeito e preocupação, empatia, aceitação e flexibilidade, valorizando a diversidade cultural, pois só assim poderemos obter maior sucesso na educação da grávida/casal, aumento dos comportamentos de procura de cuidados de saúde, maior adesão aos cuidados de saúde e aconselhamento e melhores taxas de indicadores de saúde materno-infantil.



## CONCLUSÃO

A realização deste trabalho permitiu o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Os estágios realizados no 2º ano do curso de mestrado, permitiram-me a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas de um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Posso referir que consegui adquirir as competências e concretizar as experiências mínimas, descritas na Diretiva 2005/36/CE. Neste sentido foi possível:

- Realizar 102 Consultas a grávidas de baixo risco incluindo, a execução de 103 avaliações de bem-estar materno fetal;
- Prestar cuidados a 45 grávidas de risco;
- Prestar cuidados a 40 parturientes de baixo risco e 5 parturientes de risco;
- Realizar 30 partos autónomos e colaboração em 20 partos;
- Colaborar na realização de um parto pélvico (1º gémeo) e realizar simulação de partos pélvicos em laboratório;
- Praticar a episiotomia, episiorrafia e/ou sutura de lacerações em parturientes/puérperas;
- Prestar cuidados a 100 puérperas de baixo risco e 5 puérperas de risco;
- Prestar cuidados a 103 recém-nascidos normais e a 2 recém-nascidos que necessitavam de cuidados diferenciados;
- Prestar cuidados a mulheres com patologia relacionada com a gravidez e puerpério e mulheres que apresentaram patologia ginecológica;

A segunda parte do trabalho, componente investigativa, surge das inquietudes sentidas, no decorrer dos estágios, relacionadas com a prestação de cuidados a grávidas migrantes, nomeadamente nepalesas, durante as consultas de enfermagem de vigilância pré-natal, no estágio de Consultas Externas, no hospital. As dificuldades sentidas, nomeadamente as barreiras culturais e linguísticas, despertaram em mim, o interesse em aprofundar conhecimentos sobre as crenças e práticas culturais dessa cultura.

Para mim foi muito gratificante a realização deste estudo, permitindo adquirir competências culturais fulcrais como futura EEESMO.

Como conclusões do estudo, relativamente à caracterização sociodemográfica, posso referir que os 7 casais nepaleses entrevistados são hindus, casados, com filhos, a viver em Portugal como imigrantes, os homens há cerca de 7 anos e as mulheres há 4 anos. Todos os elementos dos casais entrevistados encontram-se a trabalhar como operadores fabris. Os principais motivos para a imigração foram a falta de dinheiro, emprego e a existência de recomendações positivas sobre Portugal. Relativamente à caracterização obstétrica, os casais tiveram em média 2 filhos, apenas um casal entrevistado teve um filho. A totalidade das entrevistadas tiveram gravidezes sem complicações. Durante o trabalho de parto, todas as entrevistadas escolheram a analgesia epidural, como método farmacológico de alívio da dor. Durante o trabalho de parto e parto, apenas uma entrevistada não esteve acompanhada por convivente significativo, as restantes estiveram acompanhadas pelo marido.

No que concerne aos domínios que emergiram das entrevistas, no domínio 1: Perceções sobre a Gravidez e Parentalidade, que apresenta 4 subcategorias: a Valorização da Mulher Grávida, Obrigatoriedade de Ser Mãe; Filho como Graça Divina e o Cumprimento do Papel Parental no Nepal. Posso concluir que, na cultura hindu, o papel social da mulher passa obrigatoriamente por ser mãe, sendo algo que a privilegia e eleva o seu status social. A gravidez é considerada um estado de graça e uma bênção dos Deuses. A mulher tem o dever de cuidar do marido, da casa e dos filhos, enquanto que ao homem cabe o papel de ser o decisor da família. No Nepal a mulher quando está grávida, fica sem trabalhar após os 3-4 meses de gravidez, dedicando-se exclusivamente ao seu papel de grávida.

A necessidade de entrada no mercado de trabalho, no país de acolhimento, principalmente nas mulheres grávidas, choca culturalmente com os hábitos e crenças do seu país de origem, onde por volta do 3º-4º mês de gravidez, as mulheres se dedicam exclusivamente ao seu estado de graça, deixando de trabalhar. Nas sociedades de acolhimento, o estado de gravidez não é considerado de doença, pelo que a mulher grávida, deve continuar a trabalhar, até apresentar razões clínicas para deixar de o fazer.

Relativamente ao domínio 2: Crenças e Práticas Culturais durante a Gravidez, pode-se concluir que na cultura hindu, embora atualmente menos valorizado, o sexo masculino do bebé é supervalorizado em relação ao feminino.

Existem crenças e práticas culturais enraizadas na cultura hindu, relativas à alimentação, vestuário, higiene e conforto, atividade sexual e rituais festivos, que mesmo sofrendo influência do país de acolhimento, os casais entrevistados mantêm-se fiéis às mesmas. No que concerne à alimentação durante a gravidez, existe a crença de que devem comer muito *ghee* (manteiga clarificada) e alimentos doces, embora haja simultaneamente a referência à preocupação em terem uma dieta mais equilibrada e menos picante. Existe referência a termos como “quente” e “frio”, associados aos alimentos e que se estendem a crenças relacionadas com o vestuário, e cuidados de higiene e conforto, durante a gravidez. A maioria dos casais entrevistados referiram que se abstinham de ter relações sexuais durante os primeiros 3 meses da gravidez. Os principais rituais festivos na gravidez são: por volta dos 5 meses, quando se sabe o sexo do bebé e por volta dos 7 meses, semelhante a um *babyshower*.

Relativamente ao domínio 3: Crenças e Práticas Culturais no Trabalho de Parto e Parto, conclui-se que a cultura hindu, pressupõe que este período seja vivido com tranquilidade e serenidade. Sendo ressaltado a importância divina neste momento. As entrevistadas salientaram a importância de estarem acompanhadas por familiares, existindo diferenças entre parir no Nepal e em Portugal, no que respeita ao número de conviventes significativos que podem acompanhar a parturiente. Em Portugal, apenas é permitida a permanência de um convivente significativo durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Ficou patente a importância atribuída aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como as massagens com óleo de mostarda, reforços positivos e banhos quentes.

Relativamente ao domínio 4: Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com a puérpera, conclui-se que o período do pós-parto também é supervalorizado pela comunidade hindu, existindo estruturas sociais que não deixam as recém mães desamparadas e lhes fornecem todas as condições para recuperarem no pós-parto, limitando a atividade da mãe somente ao cuidado ao bebé. Em contrapartida, em Portugal, as atenções estão centradas no recém-nascido. Na cultura hindu, as mães, no pós-parto, ficam isoladas socialmente, num período limitado, no mínimo 5 a 12 dias. Em Portugal, a realidade é bem diferente, sendo as mães bombardeadas com visitas, logo na maternidade, para verem o bebé.

Existem crenças relativas à alimentação e práticas proibidas. A puérpera é considerada impura durante a primeira semana de pós-parto, até ao batismo do bebé, por volta do 9º a

12º dia de vida. Nesse período de tempo é considerada impura e indigna de conviver socialmente com outras pessoas, de entrar na cozinha e cozinhar e entrar no templo de Deus.

No que diz respeito ao domínio 5: Crenças e Práticas Culturais durante o Pós-Parto, relacionadas com o recém-nascido, no que concerne aos cuidados de higiene e conforto, rituais supersticiosos, amamentação e rituais festivos. Conclui-se que na cultura hindu, a higiene/banho total ao recém-nascido só deve ser efetuado após o batismo, a partir do 6º dia até ao 12º dia de vida. Nos dias anteriores apenas se deve efetuar o banho parcial. Estes cuidados aos recém-nascido, de acordo com a cultura hindu, devem ser realizados pelas sogras ou outras mulheres da família e não pela mãe do recém-nascido. Está enraizada na cultura hindu a massagem *Shantala*, que é efetuada pelas avós aos netos. Relativamente aos rituais supersticiosos, de acordo com a mitologia hindu, as crianças são alvos fáceis de mau olhado, pelo que o uso de amuletos protegem as crianças. Entre as práticas supersticiosas mais comuns encontram-se a colocação da *tika*, pinta preta na testa, a colocação de cordões em volta das mãos, barriga e pés e a proibição do bebé olhar para espelhos.

A amamentação, na cultura hindu, é considerada com algo natural e que traz muitas vantagens para o bebé. Os estudos evidenciam, bem como o relato das entrevistadas, essa realidade, bem como uma amamentação prolongada até por volta dos 2/3 anos, como é preconizado pela OMS. Em relação aos rituais festivos mais importantes nos bebés, salienta-se o batismo ou *Nauwran* entre o 6º e 12º, em que se dá o nome secreto, de acordo com a astrologia e por volta dos 5/6 meses, cerimónia do desmame, também designada de “*Rice-feeding*”, em que é oferecido à criança um bocadinho de vários alimentos a provar e são oferecidas pulseiras de ouro e prata e brincos.

Neste sentido, urge a necessidade de o EEESMO prestar cuidados culturalmente competentes, tendo por base a “Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural” de Madeleine Leininger que pressupõe um cuidado de enfermagem, baseado nas crenças, valores e atitudes de cada pessoa e cultura. Para isso é necessário a aquisição das competências culturais, tais como: adotar atitudes que promovam a transculturalidade, disponibilidade de tempo, respeito, preocupação, empatia, aceitação e flexibilidade; desenvolvimento da consciência das diferenças culturais e por fim a avaliação cultural.

Em Portugal, a população migrante constitui um grupo particularmente vulnerável na área da saúde, pois as barreiras culturais e linguísticas são fatores que dificultam a prestação de cuidados de saúde. Deste modo, o EEESMO deve possuir uma visão holística dos seus utentes, conhecendo as culturas, a sua literacia em saúde e as suas práticas culturais, crenças e valores, compreender quais as necessidades da pessoa/família migrante, de forma a prestar cuidados culturalmente competentes. Este conhecimento prévio das crenças e hábitos culturais ajuda o EEESMO a orientar a mulher imigrante durante a adaptação à maternidade, durante a gravidez, parto e pós-parto, possibilitando a identificação precoce de comportamentos prejudiciais para a saúde materna, fetal e do recém-nascido.

Considero como limitações ao estudo, a barreira linguística, na comunicação com os participantes, pois a língua utilizada foi o português. Como critério de inclusão, selecionei casais que residissem há vários anos em Portugal, mas efetivamente não dominavam muito bem a língua portuguesa. Pois vivem numa comunidade com cerca de 300 nepaleses, cujo os colegas de trabalho também são, maioritariamente, da mesma nacionalidade, fator que não facilita a aprendizagem da nova língua. Considero como outra limitação a existência de poucos estudos relacionados com a temática das crenças e práticas culturais, dos casais nepaleses, durante a gravidez, parto e pós-parto.

Tive oportunidade de participar como preletora, num Seminário sobre Enfermagem Transcultural, no dia 28 de março de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, onde abordei a temática relacionada com as crenças e práticas culturais dos casais nepaleses, uma realidade com que me deparei durante os estágios e que me deparo diariamente como enfermeira de família desta comunidade.

Considero a realização deste trabalho de investigação, uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, como enfermeira de família desta comunidade e futura EEESMO. Poderá também servir como ferramenta para outros enfermeiros que prestem cuidados a utentes nepaleses, auxiliando-os na prestação de cuidados culturalmente mais eficazes, na implementação de programas de preparação para o parto e parentalidade culturalmente adaptados. Por vezes, as grávidas imigrantes consideram que as recomendações dos profissionais de saúde estão distantes das suas realidades culturais, esta constatação implica o envolvimento necessário do EEESMO para conhecer as crenças e práticas culturais das mulheres a quem prestam cuidados, aumentando a

satisfação das mesmas e a sua procura e adesão aos serviços de saúde, obtendo deste modo, ganhos em saúde, com melhores taxas de indicadores de saúde materno-infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., Costa, F., Graça, P., Menezes, B., Mota, E., Oliveira, D., Órfão, A., Torgal, L.A, Vicente, L.F. & Silva, J.A. (2015). *Programa nacional para a vigilância da Gravidez de baixo risco*. Direção Geral da saúde;
- Alto Comissariado para as Migrações, I.P. (2022). *Guia de Acolhimento para Migrantes*. Portugal;
- Alves, A.(2008). *Crenças na gravidez: um olhar sobre crenças tradicionais e as novas Crenças*. (Tese de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa;
- Alves, M. D. O., Parreira, B. D. M., Dias, F. A., Mendes, L. C., Elias, T. C., & Riul, S. D. S. (2016). *Uso de métodos contraceptivos e fatores relacionados ao planejamento da gravidez entre puérperas*. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 6(3), 424. <https://doi.org/10.5902/2179769221249>
- Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., & Al, E. (2015). Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras. *Livro de Bolso - Enfermeiros Especialistas Em Saúde Materna e Obstétrica/ Parteiras*, 53(9), 1689–1699. [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)
- Bardin, L. (2013). *Análise de Conteúdo*. Edições 70 Lda. ISBN: 978-972-44-1154-5;
- Borges, P.J.T. (2012). *Cuidados de saúde e Práticas Hindus* (Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa- Faculdade de teologia.
- Bruno, J.I.M. (2012). *Competência cultural do enfermeiro especialista de saúde materna, obstétrica e ginecológica ao cuidar da parturiente no Bloco de partos*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
- Castro, L. & Filho L.(2020). *A contribuição da espiritualidade no processo de enfrentamento do luto decorrente do aborto: uma revisão sistemática* (Tese de Licenciatura);
- César, F. (2019). *Diferentes modelos de maternidade e suas implicações: Motivações, expectativas e realidades de mães portuguesas*. <https://hdl.handle.net/10216/120929>
- Couto, A. (1994). *Crenças e representações da gravidez na educação para a saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação- Pedagogia da saúde;
- Coutinho, E.C. (2014). *Vigilância da gravidez e percepção do cuidado cultural em enfermagem: Estudo em mulheres imigrantes e portuguesas*. Tese de Doutoramento em Ciências de enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto;
- Comissão Aleitamento Materno, (2019). *Manual de Boas Práticas em Aleitamento Materno*. Aces Baixo Mondego.
- Dhital R, Silwal RC, Simkhada P., Tejjlinger EV, Jimba M. (2019). *Assessing Knowledge and behavioural changes on maternal and newborn health, among mothers following*

*post-earth quake health promotion in Nepal. Plos one.*

Diamond- Smith N.; Plaza N.; Dahal M.; Weiser S.; Harper C. (2020). *Perceived Conflicting desires to Delay the First Birth: A Household-Level Exploration in Nepal. Internacional Perspectives on Sexual and reproductive Health* (46).

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade – CPPP e Cursos de Recuperação pós-parto- CRPP- Equidade na Transição para a Maternidade e a paternidade.* Portugal;

Direção Geral da saúde. (2023). Norma 001. *Organização dos cuidados de saúde na Preconceção, gravidez e puerpério.* Portugal

Direção Geral da Saúde. *Manual de Acolhimento no Acesso ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros.* Ministério da Saúde. Portugal;

Dramce G.P.(2020).*Hábitos e Costumes da Comunidade Hindu de Lisboa quanto à saúde E ao tratamento da Doença.* Universidade de Lisboa. Faculdade de farmácia;

Domingos A.R.D.(2019). *Competência cultural do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica.* (Tese de Mestrado). Escola Superior De Saúde de Viseu;

Duarte R. (2004). *Entrevistas em pesquisa qualitativa.* Educar (24), 213-225;

Ekstrom A.; Tamang L.; Pedersen C.; Byrskog U.; Teijlingen E.; Erlandsson K. (2020). *Health care provider´s perspectives on the content and structure of a culturally Tailored antenatal care programme to expectant parents and family members in Nepal. Journal of Asian Midwives* (7)1;

Ferreira P. M.C.D.(2009). *Um olhar para além do ventre materno- Crenças, Comportamentos e estratégias das primigestas na gravidez.* (Tese de Mestrado). Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;

Ferreira. F.M.C. (2019). *Diferentes modelos de maternidade e suas implicações: Motivações, expectativas e realidades de mães portuguesas* (Tese Doutorado). Universidade do Porto- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação;

Fortin M. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação.* Tradução Nidia Salgueiro. Lusodidacta;

Gatrad AR, Ray M, Sheikh A. (2004). *Hindu Birth Customs.* Arch Dis Child;

Gualda L.M.R & Hoga L.A.K. (1992). *Estudo sobre Teoria Transcultural de Leininger. Revista Escola de Enfermagem USP, v.26 (1), p.75-86;*

- Gonçalves, L.M.C.,(2012). *A pessoa em situação crítica e o cuidado de enfermagem Transcultural*.(Tese de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa- Instituto de Ciências da Saúde;
- Hanum S.P; Mattos D.U; Matão M.E.L; Martins C.A.(2017). Estratégias não Farmacológicas para o alívio da Dor no trabalho de Parto: Efetividade sob a ótica Da parturiente. *Revista de Enfermagem* 11(8). ISSN 1981-8963;
- Khatri R.B e Karkee R. (2018). *Social determinants of health affecting utilisation of Routine maternity services in Nepal: a narrative review of the evidence*. *Reproductive Health Matters*;
- Mateus C.; Oliveira E.; Marante S.; Capucho S.; Ladeira S.; Cordeiro R.; Calha A.( 2020) Transculturalidade, uma realidade nos cuidados de saúde. *Saúde & Sociedade*.
- Monteiro, I. (2007). *Ser Mãe Hindu- Práticas e Rituais relativos à Maternidade e aos Cuidados à criança na cultura Hindu, em contexto de imigração*. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural;
- Monteiro I. & Ramos N. (2020). *O papel dos avós hindus no bem-estar e saúde dos netos*. 13º Congresso Nacional de Psicologia da saúde. Covilhã;
- Monteiro I. & Ramos N. (2018). Práticas e Crenças de saúde na comunidade Hindu em Portugal. *Psicologia, Saúde e Doenças* 19(1), 64-70;
- Monteiro I. & Ramos N. (2010). *Ser Mãe Hindu em contexto de Migração em Portugal. Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Fazendo Género* 9.
- Nené, M., Marques, R., Batista M.A. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel;
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 391/2019: *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário Da República, 2.ª Série, 85, 13560–13565;
- OMS (2018). *Who Recommendations Intrapartum care for a Positive Childbirth Experience*. ISBN 978-92-4-155021-5;
- Pacheco A.; Costa A.R.; Lanhoso A.; Santos A.; Rodrigues C.; Rebelo C; Capela E.; Aguas F.; Geraldés F.; Solheiro H.; Martins I.; Silva I.; Neves J.; Marques J.; Palma F.; Sousa F.; Gomes G.; Almeida M.C; Carvalho M.J (...) Ferraz T. *Consenso sobre Contraceção*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Sociedade Portuguesa de Medicina de reprodução;
- Paudel M., Javanparasts; Dasvarma G., Newman L. (2018). *Religio-cultural factors contributing to perinatal mortality and morbidity in mountain villages of Nepal: Implication for future healthcare provision*. Plose one;
- Pordata (2021). Taxa de mortalidade materna em 2019. *Recuperado de*

*pordata.pt/portugal/taxa+de+mortalidade+materna-619;*

Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento n.º140/2019. (2019). 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019. *Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista*, Diário da República;

Regmi K. & Madison J. (2009). *Contemporary childbirth practices in Nepal: improving outcomes*. British Journal of Midwifery. Vol.17, nº6;

Sanfelice C.; Ressel L.B.; Arumm K.E; Pumeta L.F (2013). Crenças e práticas do período gestacional. *Revista Saúde (Santa Maria)* 2(39). ISSN: 2236-5834;

Santiago M. C.F. (2020). *A perspectiva da mulher migrante sobre o processo de interação Com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa;

Sharma S.; Teijlingen E.V.; Hundley V.; Angell C.; Simkhada P.(2016). *Dirty and 40 days in the wilderness: Eliciting childbirth and postnatal cultural practices and beliefs in Nepal*. *BMC Pregnancy and childbirth* 16, 147. DOI 10.1184-016-0938-4;

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF).(2022). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2021*. ISSN: 2183-2935;

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. Sociedade Portuguesa de Ginecologia;

Vilelas J.M.S. & Janeiro S. I.D. (2012). Transculturalidade: o Enfermeiro com competência cultural. *REME- Rev.Min. Enferm* 16(1), 120-127;

## APÊNDICES

## Apêndice I- Caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo

		Idade		Media	
		Mulher	Marido	Mulher	Marido
E1	Mulher Marido	34 34		32,4 anos	35,7 anos
E2	Mulher Marido	32 38			
E3	Mulher Marido	34 37			
E4	Mulher Marido	26 30			
E5	Mulher Marido	32 34			
E6	Mulher Marido	33 37			
E7	Mulher Marido	36 40			

Tabela 1- Idades dos participantes

		Anos de escolaridade		Média escolar	
		Mulher	Marido	Mulher	Marido
E1	Mulher Marido	12 anos 12 anos		11,8 anos	12,1anos
E2	Mulher Marido	12 anos 12 anos			
E3	Mulher Marido	10 anos 10 anos			
E4	Mulher Marido	15 anos 15 anos			
E5	Mulher Marido	12 anos 12 anos			
E6	Mulher Marido	12 anos 12 anos			
E7	Mulher Marido	10 anos 12 anos			

Tabela 2- Anos de Escolaridade dos participantes

		<b>Tempo que residem em Portugal</b>		
			<b>Mulher</b>	<b>Média Marido</b>
E1	Mulher Marido	6,5 anos 6,5 anos	4,2 anos	7,2 anos
E2	Mulher Marido	6 anos 11 anos		
E3	Mulher Marido	3 anos 6 anos		
E4	Mulher Marido	2 anos 5,5 anos		
E5	Mulher Marido	3 anos 6 anos		
E6	Mulher Marido	2,5 anos 8,5 anos		
E7	Mulher Marido	7 anos 7 anos		

Tabela 3- Tempo que residem em Portugal os participantes

Motivos para imigrar para Portugal	Mulher n	Marido n	Mulher %	Marido %
Falta de dinheiro	2	6	28,6	85,7
Falta de emprego no país de origem	1	4	14,3	57,1
Para estar mais próximo do familiar	4	1	57,1	14,3
Ter referências positivas do país	2	6	28,6	85,7
Outros: Facilidade em adquirir passaporte europeu		2	0	28,6

Tabela 4- Motivos para imigrar para Portugal

## Apêndice II- Caracterização obstétrica dos participantes no estudo

	Nº de vezes grávida	Planeadas?	Nº de filhos
E1	3	sim	2
E2	2	sim	2
E3	3	sim	2
E4	1	sim	1
E5	2	sim	2
E6	2	sim	2
E7	3	sim	3

Tabela 5- Caracterização do número de gravidezes e nº filhos dos participantes

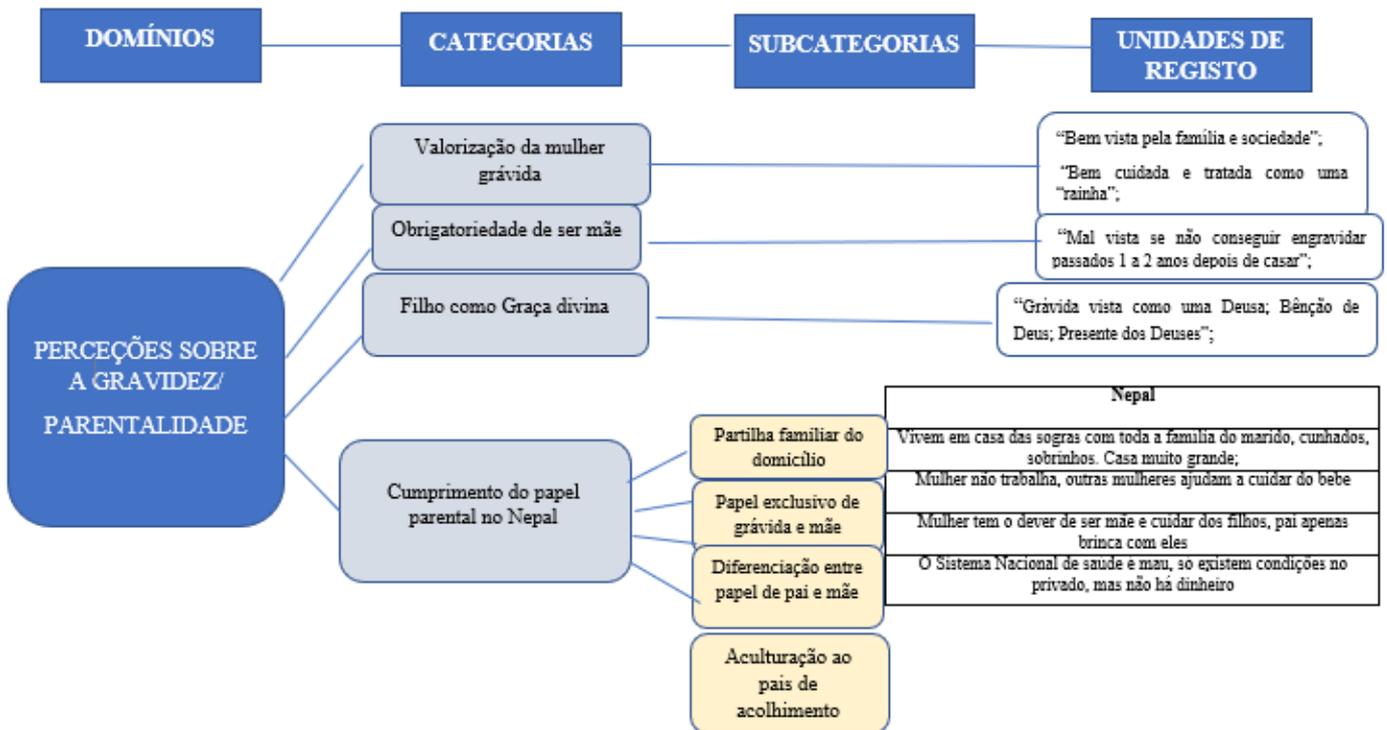
Teve acompanhamento durante o parto?	Sim	Não	Quem?
E1		X	
E2	X		Marido
E3	X		Marido
E4	X		Marido
E5	X		Marido
E6	X		Marido
E7	X		Marido
%	85,7	14,3	

Tabela 6- Acompanhamento das participantes no parto

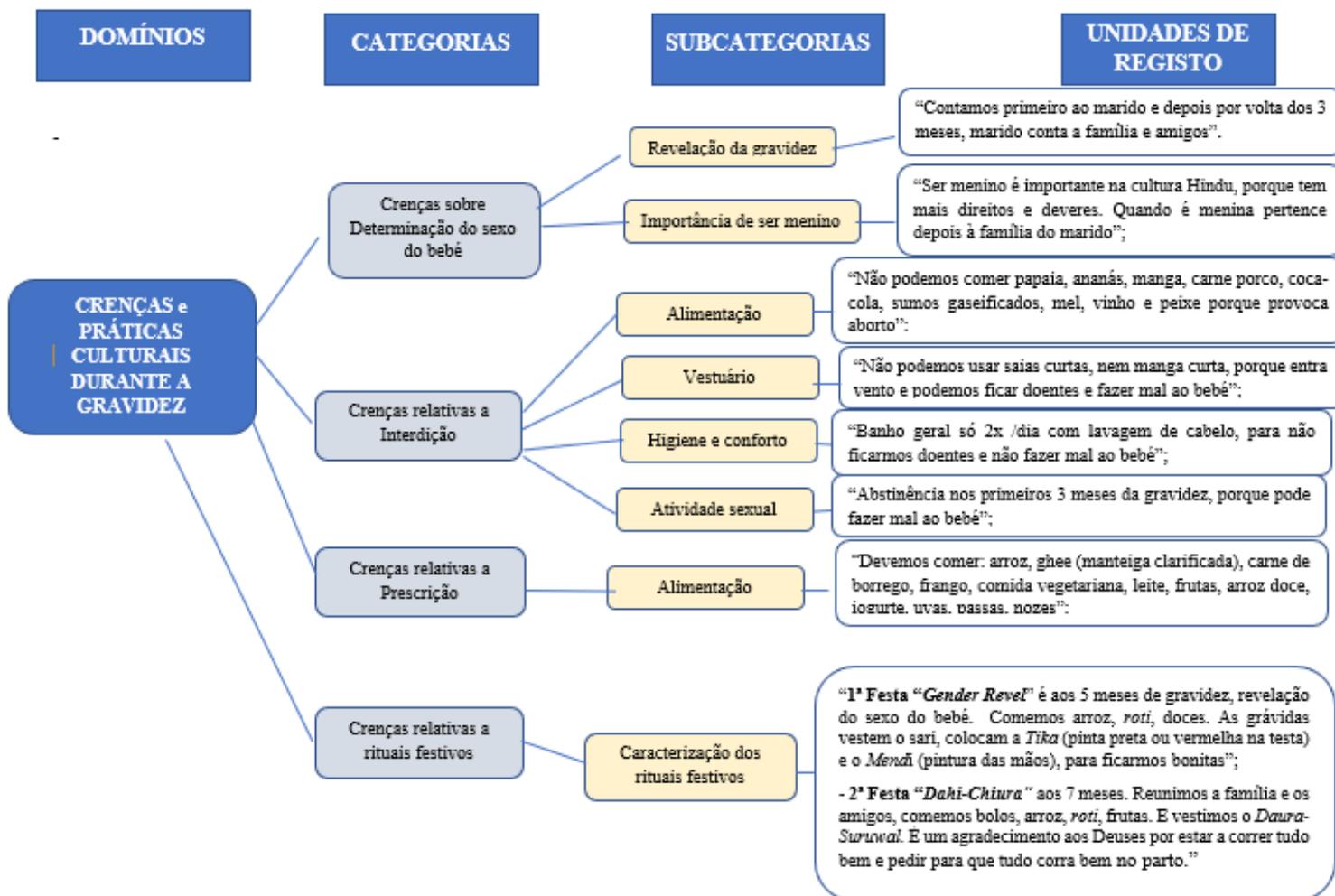
**Apêndice III- Diagrama Geral da Análise de Conteúdo segundo Bardin**

## Diagrama 1- Percepções sobre a Gravidez e Parentalidade

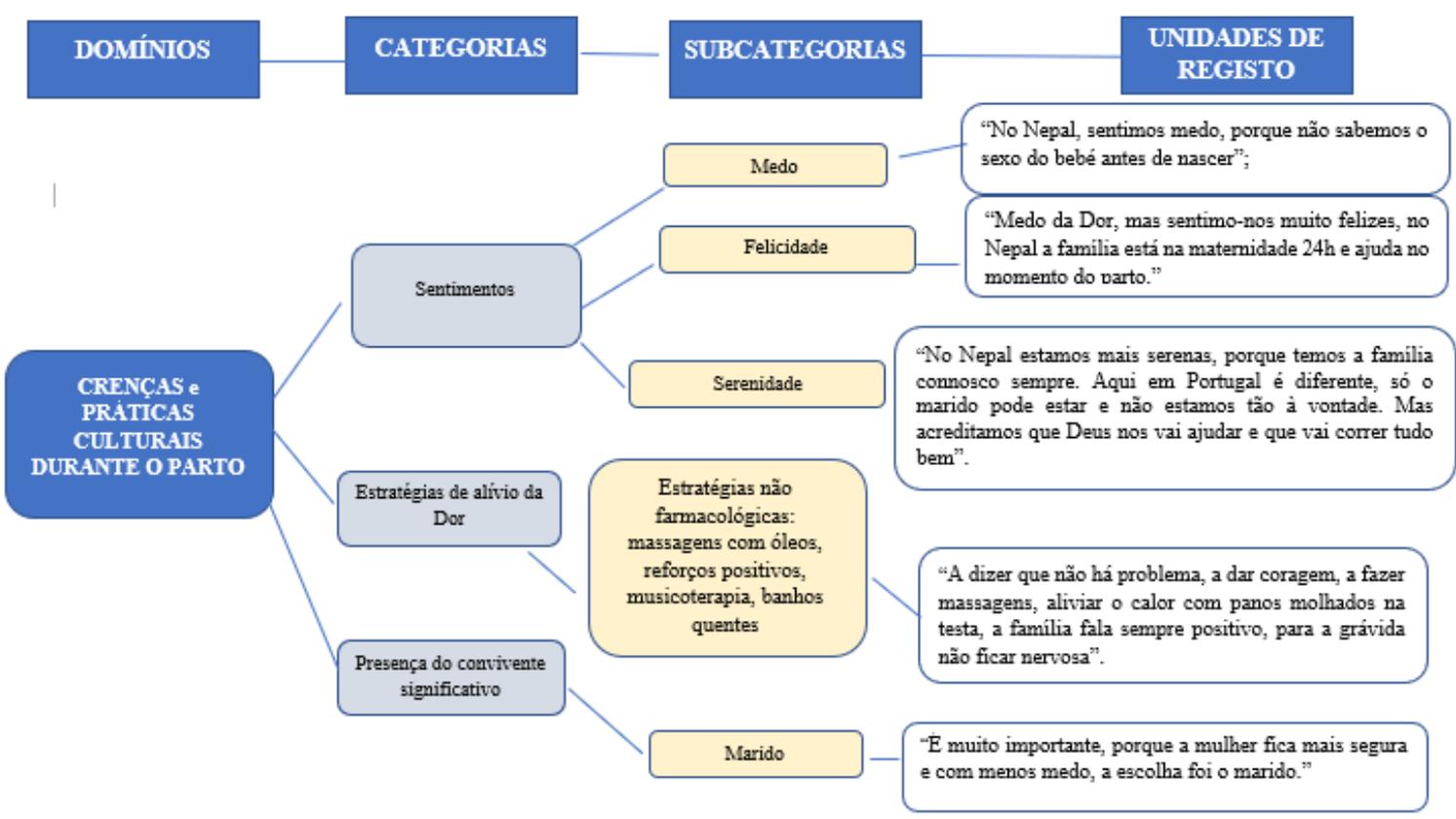
DIAGRAMA GERAL DA ANÁLISE DE CONTEÚDO SEGUNDO BARDIN



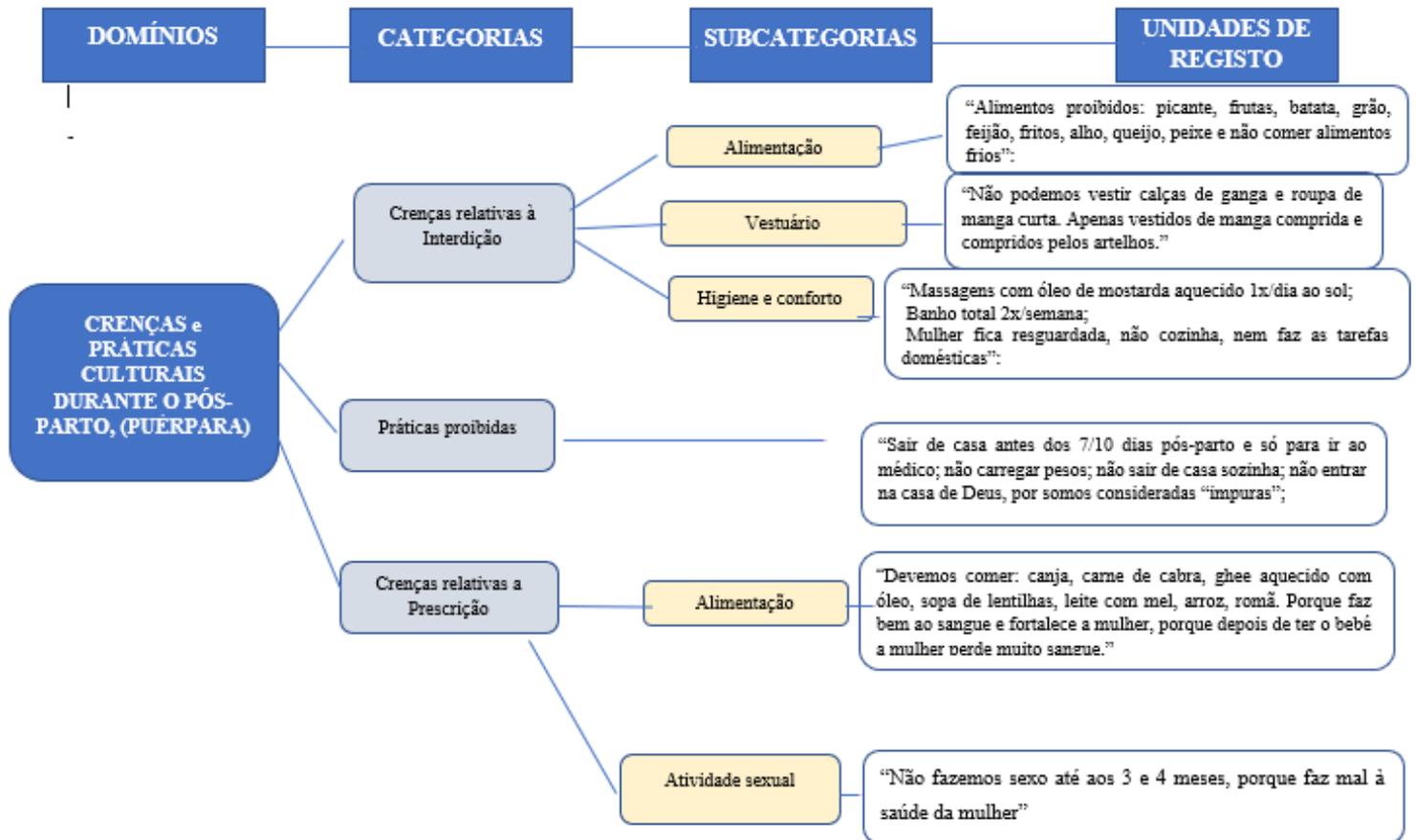
**Diagrama 2- Crenças e Práticas Culturais durante a gravidez**



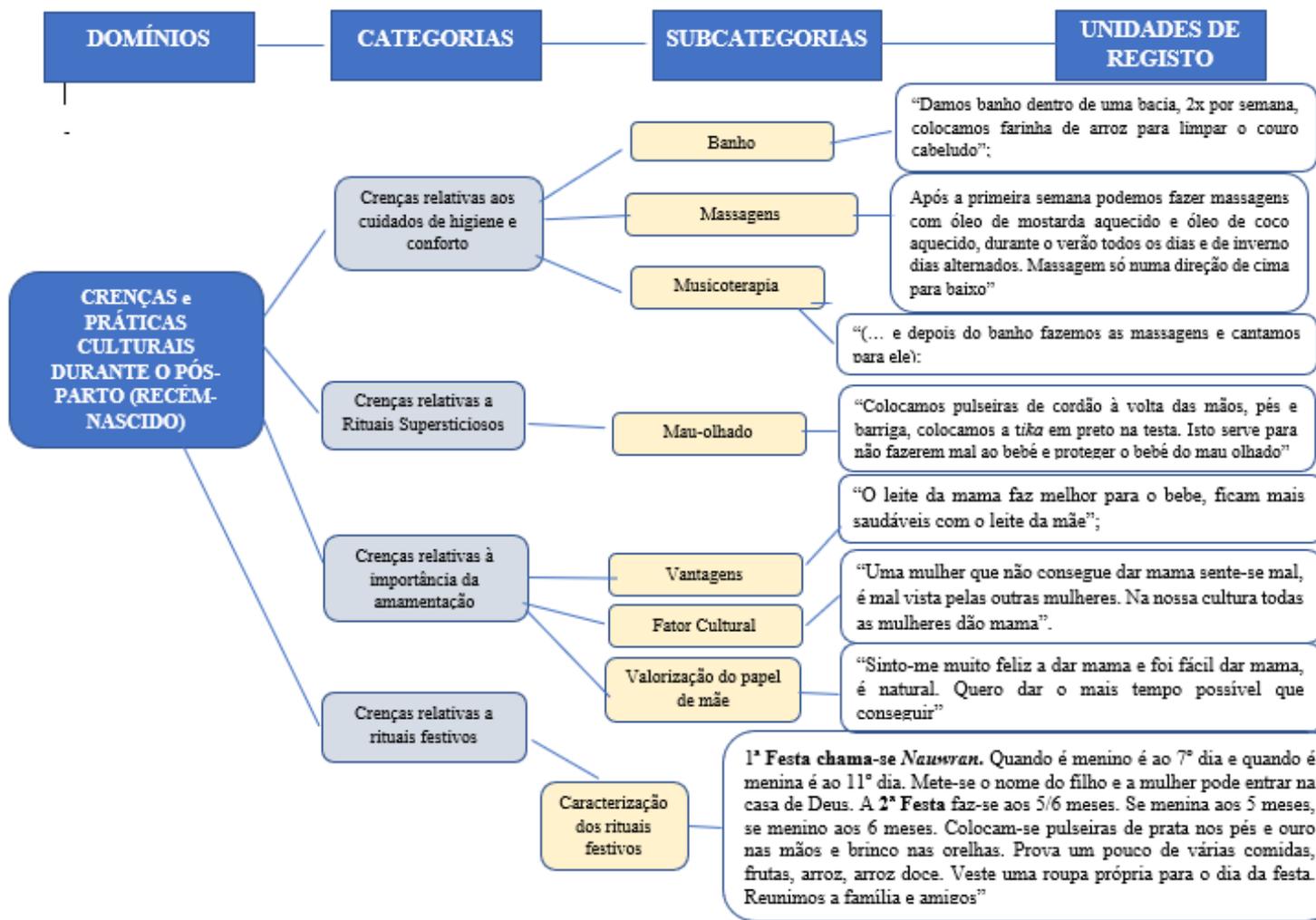
**Diagrama 3- Crenças e Práticas Culturais durante o parto**



**Diagrama 4- Crenças e Práticas Culturais no pós-parto relacionadas com a puérpera**



**Diagrama 5- Crenças e Práticas culturais no pós-parto relacionadas com o recém-nascido**



## Apêndice IV- Instrumento de Colheita de dados



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

### Guião da Entrevista

No âmbito da componente investigativa, da unidade curricular Estágio com Relatório, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, encontro-me a desenvolver um estudo sobre as” Crenças e Rituais Culturais, durante a gravidez, parto e pós-parto, em casais nepaleses: um estudo em Portugal”. A amostra são casais nepaleses inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas- UCSP Figueira Sul.

Para a elaboração das questões desta entrevista, tive por base o documento “SER MÃE HINDU Práticas e Rituais Relativos à Maternidade e aos Cuidados à Criança na Cultura Hindu em Contexto de Imigração” (Monteiro,2007).

A metodologia escolhida para a realização do presente estudo é a qualitativa, por ser o método mais apropriado, pois de acordo com Sparkes e Smith (2014), “a investigação qualitativa é uma forma de questionamento social, que foca a forma sob a qual as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências no mundo em que vivem”.

As entrevistas semiestruturadas são geralmente organizadas em torno de um conjunto predeterminado de questões abertas, com outras que poderão surgir, decorrente do diálogo entre entrevistador e quem está a ser entrevistado. As entrevistas devem assentar num guião prévio que norteie de investigação, o entrevistador para os objetivos de investigação, sendo que a sua estrutura pode ser mais ou menos rígida. (Resende,2016)

A entrevista é de carater **anónimo e de participação voluntária**. Os dados serão apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, respeitando sempre a confidencialidade da sua identidade, comprometendo-me a não usar ou divulgar nenhuma informação que possa identificá-los. Encontra-se estruturada em 3 partes, a primeira relativa à caracterização sociodemográfica dos participantes em estudo, a segunda parte sobre a vigilância da gravidez/variáveis obstétricas e por fim a terceira no que concerne às perceções da gravidez, crenças e práticas culturais durante a gravidez, parto e pós-parto da população em estudo.

### **Objetivos da entrevista:**

- 1- Caracterizar sócio demograficamente a amostra em estudo;
- 2- Caracterizar as variáveis obstétricas da amostra em estudo;
- 3- Identificar as crenças e práticas culturais Hindus, durante a gravidez, parto e pós-parto, na população nepalesa;

### **Parte I- Caracterização Sociodemográfica**

1- Qual a vossa nacionalidade? \_\_\_\_\_

2- Qual a vossa idade? - Mulher \_\_\_\_\_ Companheiro \_\_\_\_\_

3- Qual o vosso estado civil? \_\_\_\_\_

4- Qual a vossa religião?

4.1 Hinduísmo? Sim  Não  Qual \_\_\_\_\_

4.2 Quais as vossas habilitações literárias?

Mulher \_\_\_\_\_

Companheiro \_\_\_\_\_

5. Qual a vossa situação profissional atual?

Mulher:  empregada  desempregada

Companheiro:  empregado  desempregado

6. Qual a vossa profissão atual?

Mulher \_\_\_\_\_

Companheiro \_\_\_\_\_

7- Há quanto tempo residem em Portugal? \_\_\_\_\_Anos\_\_\_\_\_Meses

8- O que motivou a imigrar para Portugal?

	Mulher	Companheiro
Falta de dinheiro		
Para estar próximo de familiar		
Falta de emprego no país de origem		
Ter referências positivas do país		
Outro? Qual _____ _____		

## Parte II- Vigilância da gravidez

1- Quantas vezes esteve grávida? \_\_\_\_\_ vezes

2- Foram planeadas? Não  sim

3- Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_ filhos

4-Foi sempre acompanhada por alguém às consultas de vigilância de gravidez?

Sim  Não  Se sim

Quem? \_\_\_\_\_

Porquê? \_\_\_\_\_

5- Durante as gravidezes teve algum problema de saúde?  Não

Sim

Se sim, qual?

Diabetes

Vómitos abundantes

Hipertensão

Infeções urinárias

Ameaça de aborto

Infeções vaginais

Ameaça parto prematuro

SIDA

Toxoplasmose

Hepatite B

Rubéola

Outro.

Qual? \_\_\_\_\_

6- Teve acompanhamento da pessoa significativa durante o trabalho de parto?

Sim ou não. Quem \_\_\_\_\_

7- Fez analgesia durante o trabalho de parto?

Sim ou não? Qual \_\_\_\_\_

### **Parte III**

#### **Tema 1- Perceções da gravidez**

1.1 Como experienciam a maternidade? Querem falar me como é estar grávida na vossa comunidade?

1.2-Gostaria que me falassem um pouco das diferenças que pensam que existem, entre ser mãe/pais no vosso país e ser mãe/pais em Portugal?

As mulheres costumam trabalhar ou apenas cuidam dos filhos?

O pai costuma participar nos cuidados aos filhos?

## **Tema 2- Crenças e Práticas Culturais durante a Gravidez, Parto e Pós-parto**

### **2.1. Gravidez:**

2.1.1. Quando souberam da gravidez, a quem contaram, em que momento e porquê?

2.1.2. Na vossa cultura é importante conhecer o sexo do bebé? Se sim, qual a preferência e porquê?

2.1.3. Em relação à alimentação durante a gravidez, sei que, na vossa cultura, existem alimentos proibidos e outros mais aconselhados.

Quais os alimentos proibidos durante a gravidez e porquê?

Quais os alimentos aconselhados durante a gravidez e porquê?

2.1.4. Sei que na cultura Hindu, é comum a realização de celebrações durante a gravidez. Qual os nomes das festas/rituais, o que fazem, o que vestem, o que comem e em que altura as celebram?

- 2.1.5. Em relação ao vestuário, na vossa cultura, o que vestem? Têm alguma proibição? e porquê?
- 2.1.6. Em relação aos cuidados de higiene, sei que existem alguns cuidados diferentes da cultura portuguesa. Qual a frequência do banho, é geral ou parcial? E porquê?
- 2.1.7. Relativamente à atividade sexual, existe alguma proibição durante a gravidez?
- 2.1.8. Que outras práticas são comuns durante a gravidez na vossa cultura?

### **3. Parto**

- 3.1. Na vossa cultura, o que pensam sobre o momento do parto? Que sentimentos? Medo/alegria/ansiedade? Porquê?
- 3.2. Que estratégias utilizam para aliviar/minimizar a dor durante o trabalho de parto?
- 3.3. É importante para a grávida estar presente o convivente significativo durante o trabalho de parto e parto? E qual é? \_\_\_\_\_
- 3.4. Existem algumas práticas/rituais específicos da vossa cultura para o momento do parto?

### **4. Pós-parto**

- 4.1. Após o parto quais as práticas proibidas? A mulher pode sair de casa? E o que deve vestir? E porquê?

- 4.2. Nos dias, semanas a seguir ao nascimento do vosso filho, que alimentos comem. Existe proibição de alguns alimentos? Quais os mais aconselhados?
- 4.3. Quais os cuidados prestados pela família à mulher, após o parto?
- 4.4. A mulher fica resguardada durante quanto tempo?
- 4.5. Existem rituais/festas no pós-parto, em que alturas, como se chamam e o que fazem?
- 4.6. Quais os cuidados com o recém-nascido?
- 4.7. Quais os vossos rituais em relação ao momento de dar banho ao bebé? (como é realizado, em que momentos, quais os cuidados)?
- 4.8. Na vossa cultura, é importante amamentar o recém-nascido? Se sim porquê? E a vossa experiência, amamentaram? Se sim por quanto tempo?
- 4.9. Na vossa cultura, que outros rituais são comuns relativamente aos cuidados ao recém-nascido?

Obrigada pela colaboração



## Apêndice V- Declaração de consentimento Informado

### Declaração de consentimento informado ao participante

Exmo. Srs

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), estou a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Crenças e comportamentos em Saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto, em casais nepaleses”, sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Maria Poço Santos e coorientação científica da Professora Doutora Ana Bela de Jesus Roldão Caetano, ambas professoras adjuntas da ESEnfC. O estudo tem como objetivo identificar as crenças/tradições culturais/comportamentos da população nepalês, durante a gravidez, parto e pós-parto.

Asseguramos que nesta investigação serão mantidos o anonimato e a confidencialidade dos seus dados, pois a investigadora consagra a obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objetivos do estudo explicados pela investigadora;*
- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas obtido resposta esclarecedora;*
- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.*

Desde já agradeço vossa disponibilidade, estando disponível para esclarecer qualquer dúvida

Milene Ferreira

Assim, depois de devidamente informado (a) autoriza a participação neste estudo:

Sim  Não

Assinatura \_\_\_\_\_

## ANEXOS

## Anexo I- Parecer da Comissão de Ética da UICISA:E

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

**Parecer Nº 870/04-2022**

**Título do Projeto:**

Crenças e Comportamentos em saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto, nos casais nepaleses.

**Identificação dos Proponentes****Nome(s):**

Milene Isabel Escalhorda Gante Ferreira  
Ana Maria Poço dos Santos  
Ana Bela de Jesus Roldão Caetano

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, X Curso de Mestrado em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica,

Investigador Responsável: Milene Isabel Escalhorda Gante Ferreira

Orientador: Professora Doutora Ana Maria Poço dos Santos; Ana Bela de Jesus Roldão Caetano (coorientadora)

**Relator:** Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

**Parecer**

Suportada pela literatura, refere a proponente que "Portugal tem acolhido pessoas oriundas de diversas partes do mundo, as quais se aglomeram e constroem comunidades, dentro da sociedade portuguesa, como é o caso da comunidade nepalesa (Monteiro e Ramos, 2018)."

Fundamenta o estudo a realizar alegando que a maternidade é um dos aspetos que mais é afetado com a migração pelas influências da cultura de origem e simultaneamente da cultura do país de acolhimento, criando por vezes conflitos difíceis de ultrapassar, pelo que o conhecimento das crenças tradicionais que lhe estão associadas é essencial para "uma melhoria significativa dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento das competências multiculturais dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica." Justifica a pertinência do estudo com o número significativo de utentes migrantes oriundos do Nepal inscritos na unidade de saúde da Marinha das Ondas – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Figueira Sul- Açores Baixo Mondego, onde exerce funções como enfermeira de família.

Trata-se de um estudo de carácter qualitativo, exploratório-descritivo, tendo como objetivos:

- Identificar as crenças/ práticas culturais subjacentes aos comportamentos dos casais nepaleses inscritos na Unidade de Saúde da Marinha das Ondas, UCSP Figueira Sul, seguidos durante as consultas de vigilância da gravidez e posteriormente nas consultas de vigilância da Saúde infantil dos seus filhos;
- Realizar a caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo;
- Caracterizar a vigilância da gravidez e variáveis obstétricas dos participantes em estudo;
- Conhecer as perceções sobre a gravidez dos casais em estudo.

Os participantes são casais nepaleses, tendo como outros critérios de inclusão: residentes em Portugal, inscritos na Unidade de saúde da Marinha das Ondas; com filhos; seguidos nas consultas de vigilância da gravidez e nas consultas de vigilância de saúde infantil dos filhos na unidade de saúde da Marinha das Ondas; que falem minimamente a língua portuguesa; cuja religião seja o hinduísmo.

**COMISSÃO DE ÉTICA**  
**da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
**da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

O acesso aos participantes será concretizado através do conhecimento da investigadora de casais nepaleses inscritos na Unidade de saúde da Marinha das Ondas, onde é enfermeira de família, sendo a amostra não probabilística ou intencional.

A recolha de dados será através de entrevista semiestruturada efetuada na unidade de saúde em questão, para o efeito serão marcadas consultas de enfermagem com os casais em estudo, tendo em conta a sua disponibilidade. A entrevista é de participação voluntária e de caráter anónimo. Para tal será atribuído um código de identificação a cada participante, que nos permita identificar o participante. Para a intervenção e posterior avaliação, apenas a investigadora terá acesso a correspondência entre a identificação do participante e o seu código, de forma a poder aplicar as etapas seguintes do estudo. Esta correspondência será guardada no computador pessoal da investigadora que esta protegido por palavra passe ou guardado em formato impresso e em local fechado adequadamente.

Junho/julho de 2022 é a data prevista para o início da colheita de dados e o seu fim está previsto para agosto de 2022.

A voluntariedade dos participantes é assegurada através do seu consentimento prévio formalizado com a assinatura de Declaração de Consentimento Informado que é apresentada em anexo, onde consta de forma extensa e explícita a informação sobre a investigação, condições de participação, medidas de anonimização e confidencialidade dos dados, assim como a garantia dos direitos a desistir de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo para os participantes, e disponibilidade da investigadora para esclarecimento de eventuais questões inerentes ao estudo e à participação das casais.

O Termo de Responsabilidade está devidamente assinado.

Foi solicitada e obtida autorização do Diretor Executivo ACeS Baixo Mondego para a realização do estudo, conforme comprovativo apresentado em anexo.

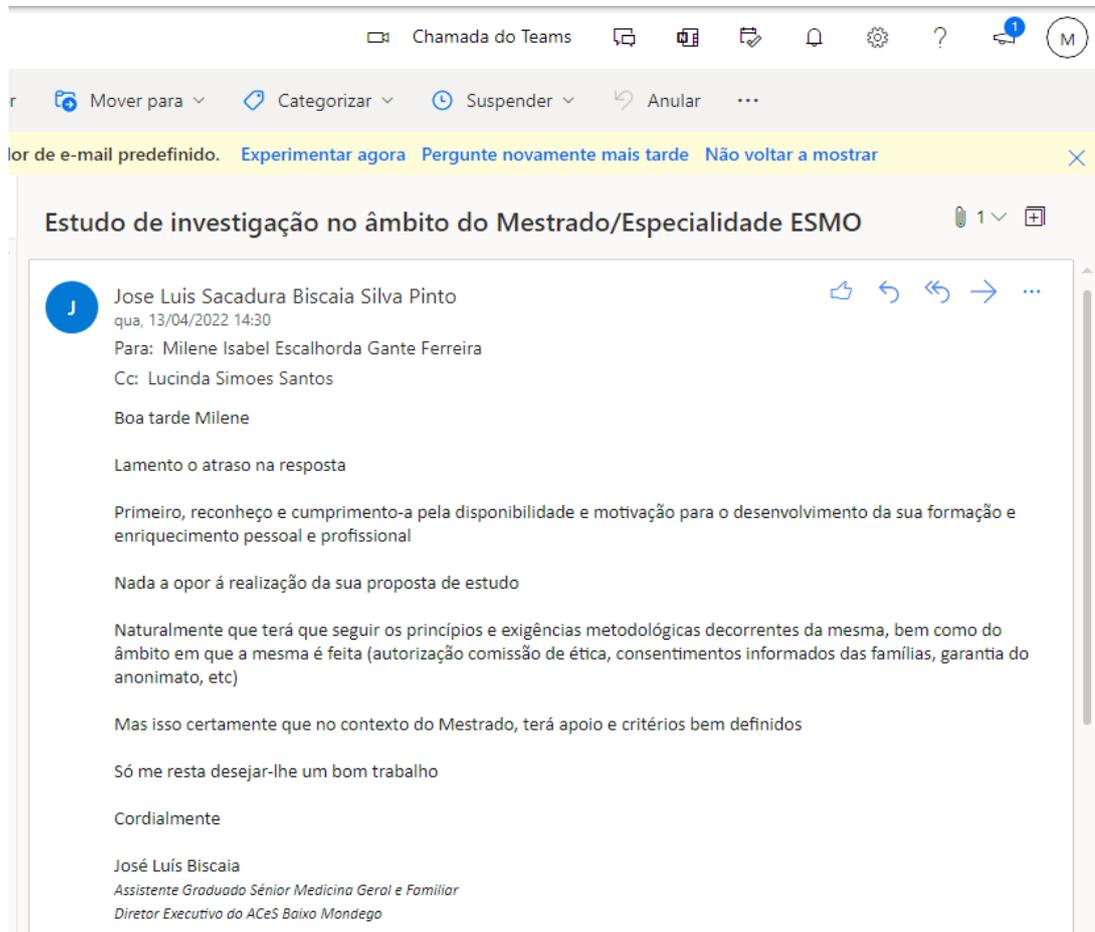
Nos pressupostos anteriores e havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, emite-se parecer favorável à sua realização tal como apresentado.

O relator: Assinado por: **Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves**  
Num. de identificação: 04421986  
Data: 2022.05.17 22:42:40+01'00'



Data: 18 /05/2022 O Presidente da Comissão de Ética: Maia Fátima Boitello

## Anexo II- Parecer do Diretor Executivo do ACES Baixo Mondego



Chamada do Teams

Mover para Categorizar Suspender Anular

lor de e-mail predefinido. Experimentar agora Pergunte novamente mais tarde Não voltar a mostrar

### Estudo de investigação no âmbito do Mestrado/Especialidade ESMO

**J** Jose Luis Sacadura Biscaia Silva Pinto  
qua, 13/04/2022 14:30  
Para: Milene Isabel Escalhorda Gante Ferreira  
Cc: Lucinda Simoes Santos

Boa tarde Milene

Lamento o atraso na resposta

Primeiro, reconheço e cumprimento-a pela disponibilidade e motivação para o desenvolvimento da sua formação e enriquecimento pessoal e profissional

Nada a opor á realização da sua proposta de estudo

Naturalmente que terá que seguir os princípios e exigências metodológicas decorrentes da mesma, bem como do âmbito em que a mesma é feita (autorização comissão de ética, consentimentos informados das famílias, garantia do anonimato, etc)

Mas isso certamente que no contexto do Mestrado, terá apoio e critérios bem definidos

Só me resta desejar-lhe um bom trabalho

Cordialmente

José Luís Biscaia  
Assistente Graduado Sênior Medicina Geral e Familiar  
Diretor Executivo do ACeS Baixo Mondego