



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

**Violência Obstétrica no parto:
a perceção do Enfermeiro Obstetra**

Iolanda Filipa dos Santos Pereira



**Lisboa
2022**

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

**Violência Obstétrica no parto:
a perceção do Enfermeiro Obstetra**

Iolanda Filipa dos Santos Pereira



Orientador: Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos



Lisboa
2022

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Dedicatória

Não poderia deixar de dedicar este meu trabalho aos meus pais pelo seu inesgotável esforço e suporte, ao homem que agora cuida de mim lá do alto do céu e, sempre, mas sempre espelhou o orgulho que tinha, o meu querido Avô e, à Senhora Professora Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra pelos seus honrosos contributos na área de cuidados de Saúde da Mulher.

Agradecimentos

Este relatório reflete o culminar de um caminho há muito almejado, por isso estes agradecimentos são muito importantes, pois sem o apoio daqueles que de mim cuidaram teria sido impossível.

A Deus pelo Seu grande amor, luz e orientação.

Aos meus pais, Adelaide e Vitor e, ao meu irmão Alexandre, um profundo e verdadeiro agradecimento por se disporem a ser os maiores pilares na minha vida e na vida da minha filha, pelo apoio incondicional, encorajamento, amor e consideração pelo meu trabalho.

À minha filha, que é a luz dos meus olhos, por ter sido a minha maior motivação, dando-me amor sempre que regressava para casa. Um dia compreenderás o esforço que fiz por nós!

Ao meu companheiro, Bruno, não só pelo seu amor, mas também por me ter resgatado no meio de uma “tempestade” e compreendido o turbilhão de emoções que carregava.

À minha alma gémea, melhor amiga e irmã gerada noutra ventre, Ana, por tanto, por tudo! As lamurias que mais uma vez ouvistes, as lágrimas que mais uma vez fizeste questão de limpar e as horas infinitas de dedicação refletem o amor que nos une e o motivo pela qual te chamo de porto seguro.

À minha família (Avó, tios, tias, cunhada e primos) pelo amor de sempre, grata por me mostrarem que as minhas vitórias são as vossas.

À minha parceira e referência enquanto Enfermeira e, amiga em todas as horas, Marta, por ter sempre aquela palavra de incentivo, pelo suporte e carinho.

À minha, para sempre, Orientadora Sr.^a Professora Isabel Serra pelo carinho, pela força e resiliência e, por me ter incentivado a defender um tema tão importante e de grande responsabilidade. Corajosamente demonstrou que do esforço se faz vitória.

À minha Orientadora Sr.^a Professora Doutora Maria Anabela Ferreira dos Santos pela disponibilidade demonstrada, quando a meio do percurso teve que garantir mais uma orientação. Grata pela delicadeza no trato, pela compreensão, estímulo e competência que me direcionou.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que acompanharam este percurso, um sincero agradecimento por terem sido pontos de Luz, pela amizade, pelo carinhoso acolhimento, paciência e pela sábia partilha de conhecimentos.

À Instituição de ensino, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa por criar soluções e meios para que fosse possível dar continuidade a este Curso, tal como, a todos os funcionários, pela simpatia e amabilidade demonstrada. Às Instituições de saúde por onde passei, por aceitarem os Ensinos Clínicos durante tempos de pandemia e, criarem condições adequadas para a sua realização num momento de grande instabilidade e vulnerabilidade. Às chefias dos diversos Serviços de Saúde, pelo acolhimento e carinho mesmo perante tantas adversidades. E por fim às colegas de trabalho, por me ajudarem na gestão do horário, compreenderem e incentivaram este percurso.

Às minhas chefes, Senhora Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia Antónia Nabais e Senhora Enfermeira Ana Rita Gaspar pela compreensão e preocupação durante todo este percurso.

Ao excelentíssimo júri, pela disponibilidade de ler e avaliar este meu trabalho.

Aos meus queridos colegas de curso, com quem tive o privilégio de partilhar esta aventura, pelos sorrisos, pela camaradagem e por me ampararam nos diversos momentos em que o medo surgia ou me sentia longe de casa.

E a todos aqueles, que não estão no retrato, mas que em algum momento foram fortaleza, foram luz, foram aquilo que um amigo deve ser, obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF - Auscultação dos Batimentos Cardíacos do Feto	JBI - Joanne Briggs Institute
APA - American Psychological Association	LA – Líquido Amniótico
BSG - Boletim de Saúde da Grávida	OE - Ordem dos Enfermeiros
BP - Bloco de Partos	OMS - Organização Mundial de Saúde
CPNP - Curso de Preparação para o Nascimento e Parentalidade	Plano de Nascimento – PN
CSP - Cuidados de Saúde Primários	PCC - População, Conceito e Contexto
CTG – Cardiotocógrafo	RN – Recém-nascido
DGS - Direção Geral da Saúde	RCEEEESMO - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EC – Ensino Clínico	SP - Sala de Partos
EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	SR - Scoping Review
EO – Enfermeiro Obstetra	SUOG - Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia
EpS – Educação para a Saúde	TP - Trabalho de Parto
ER – Estágio com Relatório	UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
ICM - International Confederation of Midwives	VO - Violência Obstétrica
IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez	WHO - World Health Organization

RESUMO

Este relatório integra o plano de estudos do Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e, expõe o percurso de aquisição de competências e conhecimentos adquiridos nos distintos serviços por onde se passou, nomeadamente Serviços de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia e Bloco de Partos, Serviço de Grávidas, Serviço de Puerpério, Serviço de Ginecologia, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Unidade de Cuidados na Comunidade.

A Violência Obstétrica, como um problema de Saúde Pública, deve ser uma temática considerada no âmbito da formação dos Enfermeiros Especialistas Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, sendo que estes desempenham um papel fulcral nos cuidados prestados às mulheres. Neste sentido, elegeram-se o tema considerando-se a necessidade de propagação de informação com base em evidência científica, direcionando-se especificamente para o momento do parto.

Para a execução deste estudo, foi realizada uma *Scoping Review* recorrendo à plataforma EBSCOHost (CINAHL Plus® With Full Text e MEDLINE With Full Text), tendo sido selecionados oito artigos que respondiam à seguinte questão norteadora: “Qual a perceção do enfermeiro obstetra, face à violência obstétrica, no parto?”. Relativamente ao processo metodológico, optou-se pela pesquisa exploratória com abordagem mista, ou seja, qualitativa e quantitativa, com o objetivo de compreender qual a perceção do Enfermeiro Obstetra sobre a Violência Obstétrica no parto. Para a sua implementação elaborou-se um questionário semiestruturado, aplicado nos 23 sujeitos selecionados.

Os resultados obtidos através da análise de narrativas reflexivas, permitiram concluir que a maioria dos inquiridos compreendem o que representa a Violência Obstétrica e a forma como esta se reflete nos cuidados prestados à parturiente. No entanto, referem que o seu recurso não tem um carácter generalizado e/ou discriminatório, conscientes que os cuidados devem ser acautelados no sentido de abolir determinadas práticas que não se fundamentam cientificamente e/ou não tragam benefícios para a parturiente/casal/bebé, como é o caso da amniotomia, manobra de *Kristeller* e toques vaginais dispensáveis. Evidenciam ainda, a necessidade de empoderamento da própria mulher e dos profissionais de saúde que participam deste período gravídico-puerperal.

Palavras-chave: Violência Obstétrica; Parto; Perceção; Enfermeiro Obstetra.

ABSTRACT

This report is part of the study plan of the Master's And Specialization Course in Maternal health and obstetrics nursing at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa and, it exposes the course of acquisition of skills and knowledge acquired in the different services through which it has passed, notably Emergency Obstetrics/Gynecology Services and Parturition Block, Pregnant Services, Puerperium Service, Gynecology Service, Neonatal Intensive Care Unit and Community Care Unit.

Obstetric Violence, as a public health problem, should be a theme considered in the context of the training of Specialist Nurses Maternal Health Nursing and Obstetrics, and these play a central role in the care provided to women. In this way, the theme was elected considering the need for dissemination of information based on scientific evidence, specifically directed to the moment of delivery.

For the execution of this study, a Scoping Review was carried out using the EBSCOHost platform (CINAHL Plus® With Full Text and MEDLINE With Full Text), and eight articles were selected that answered the following guide question: "What is the perception of the obstetric nurse in the face of obstetric violence in childbirth?". Regarding the methodological process, was opted for exploratory research with a mixed approach, that is, qualitative and quantitative, with the objective of understanding the perception of the Obstetric Nurse about Obstetric Violence in childbirth. For its implementation, a semi-structured questionnaire was elaborated, applied to the 23 selected subjects.

The results obtained through the analysis of reflexive narratives allowed to conclude that the majority of respondents understand what obstetric violence represents and how it is reflected in the care provided to the parturient. However, they state that their appeal is not generalised and/or discriminatory, aware that care should be taken care of in order to abolish certain practices that are not scientifically based and/or do not bring benefits to the parturient/couple/baby, such as amniotomy, Kristeller maneuver and dispensable vaginal touches. They also highlight the need to empower women and health professionals who participate in this pregnancy-puerperal period.

Keywords: Obstetric Violence; childbirth; Perception; midwife

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. Enquadramento da temática	14
1.1. Violência Obstétrica no Parto	14
1.2. Teoria do Cuidar de Kristen Swanson	19
2. Metodologia	22
2.1. Scoping Review	22
2.2. Estudo Empírico	24
2.2.1. Resultados da Análise de Dados	26
2.3. Questões Éticas	35
3. Resultados da aprendizagem e do desenvolvimento de competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e de Mestre	37
3.1. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do Planeamento Familiar em idade fértil, durante o período préconcepcional e de climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico	38
3.2. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;	44
3.3. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;	50
3.4. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;	59
3.5. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO na prestação de cuidados especializados na prevenção da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto	63
4. Limitações do Estudo	67

CONSIDERAÇÕES FINAIS 68

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I - Resultados da pesquisa da Scoping Review

Anexo II - Parecer da Comissão de ética da Instituição de Saúde

Anexo III – Pedido de autorização para implementação do estudo

Anexo IV - Síntese de Registo de Atividades Práticas.

APÊNDICES

Apêndice I – Tabela com termos na linguagem natural e indexada

Apêndice II – Prisma Flow Diagram

Apêndice III – Resumo dos artigos selecionados na SR

Apêndice IV – Questionário

Apêndice V – Consentimento Informado

Apêndice VI – Análise de conteúdo – Categorias e Subcategorias

Apêndice VII – Análise de dados quantitativos

Apêndice VIII – Sessão de Educação para a Saúde: Aleitamento Materno

Apêndice IX – Sessão de Educação para a Saúde: O papel do pai/companheiro na família – elo de ligação

Apêndice X – Planeamento da Sessão: O papel do pai/companheiro na família – elo de ligação

Apêndice XI – Sessão de Educação para a Saúde: Violência Obstétrica no Parto

Apêndice XII – Planeamento da Sessão: Violência Obstétrica no Parto

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Dados Sociodemográficos

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e tem como finalidade descrever o percurso metodológico de aprendizagem e de progresso relativamente à aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e de Mestre.

O Estágio com relatório (ER) teve a duração de dois semestres, tendo o seu início a 30 de Novembro de 2020 e o fim a 12 de Dezembro de 2021. Durante esta trajetória, para além do Ensino Clínico (EC) nos contextos ginecológico, materno-fetal, puerpério, Cuidados de Saúde Primários (CSP), Bloco de Partos (BO) e neonatologia, foi possível desenvolver técnicas e habilidades através das práticas laboratoriais. O plano de desenvolvimento de competências como futura EEESMO e Mestre foi acompanhado e suportado através das orientações tutoriais e sessões de acompanhamento cedidas pela Professora Orientadora e pelas EEESMO que acompanharam este percurso.

Os objetivos para o EC desenvolveram-se através de uma metodologia centralizada nas competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019) e essenciais para o exercício da profissão de parteiras, explanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e pela *International Confederation of Midwives* (ICM) (2019) respetivamente, e de Mestre com base nos descritores de Dublin (2º ciclo). Foi proposto ao estudante, “desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais que lhe permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica” (ESEL, 2020/2021, pp.2), dando ênfase há primordialidade de uma prática sustentada pela evidência científica, enquadrada no exercício profissional de enfermagem e ainda fundamentada no referencial teórico de Enfermagem.

Neste prisma de conceção de conhecimento e de progresso de competências enquanto futura EEESMO e Mestre, emerge a temática: **A Violência Obstétrica no Parto: a perceção do Enfermeiro Obstetra.**

A Violência Obstétrica (VO) como um problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres, foi validada e declarada pela *World Health Organization* (WHO, 2002). A assistência obstétrica agressiva sem respaldo científico, por parte dos profissionais de saúde que continuam a justificar a sua prática com a necessidade

de criação de condições favoráveis ao nascimento saudável de um bebé, repercute-se de forma considerável na saúde da própria paciente (Santos et al., 2018).

Não desconsiderando a pertinência desta problemática sob a perspectiva da mulher, considerou-se importante compreender qual a perceção do Enfermeiro Obstetra (EO) sobre VO, particularmente no parto, tal como se considerou importante a identificação de estratégias que garantam o cuidado com base nos direitos sexuais, reprodutivos e humanos das mulheres.

Em referência ao objetivo geral deste Estágio com Relatório (ER), delineou-se desenvolver competências comuns e específicas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, deliberadas pela OE no Regulamento n.º 391/2019, DR 2.ª série, N.º 85 de 3 de maio e pela ICM (2019) e, competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018), propondo-se assim alcançar os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do Planeamento Familiar em idade fértil, durante o período préconcepcional e de climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO na prestação de cuidados especializados na prevenção da VO no TP.

Em todo o processo formativo foi imperativo ter presente os pilares de enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, tal como o referencial teórico de enfermagem escolhido para sustentar e orientar a prática clínica. A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson foi eleita pelo seu carácter contributivo na práxis da Enfermagem e na arte do cuidar, sublinhando que o “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (Swanson, 1993, pp.354).

Do ponto de vista metodológico foi efetuada uma Scoping Review construída com base nas diretrizes da *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2021), segundo a necessidade de identificação da evidência científica sobre o objeto de estudo delineado. PCC foi a mnemónica utilizada e a

questão de partida “Qual a percepção do Enfermeiro Obstetra face à Violência Obstétrica no parto?”, em que a (P)opulação é o Enfermeiro Obstetra, o (C)onceito a Violência Obstétrica e o (C)ontexto o parto.

Estruturalmente, este relatório foi organizado em 6 capítulos, além da presente introdução e das referências bibliográficas encontra-se: o enquadramento teórico onde se fundamenta a temática abordada, o enquadramento metodológico, a descrição e análise das atividades desenvolvidas face à aquisição de competências enquanto futura EEESMO, as limitações do estudo, as questões éticas associadas e as considerações finais.

Por fim, o presente relatório foi produzido de acordo com o Guia de Trabalhos Escritos da ESEL (2020) que assenta nas normas da *American Psychological Association* (APA), 7.^a edição.

1- ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Neste capítulo será contextualizada a temática em estudo de forma clara e organizada, à luz de autores de referência na área. A revisão da literatura revelou-se um percurso de investigação moroso, mas através desta reuniram-se fontes de pesquisa para dar corpo ao fundamento teórico deste relatório. Assim, em seguida serão abordados os conceitos que alicerçam este trabalho e a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.

1.1 Violência Obstétrica no parto

A violência é um evento que vem sendo um marco na história da humanidade desde os seus primórdios e de uma complexidade e dimensão que se torna, na atualidade, uma preocupação e um problema de saúde pública (Alexandria et al., 2019; Medina & Penna, 2008).

WHO (1996, como citado em Organização Mundial de Saúde, 2014) define Violência como sendo “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação” (p. 2).

Medina e Penna (2008), aludem que a violência vem sendo amplamente identificada nos mais distintos segmentos da sociedade envolvendo aspetos sociais, culturais, raciais e de género. Das diferentes formas de violência, destaca-se a violência contra a mulher, sendo assim definida como um ato ou conduta que acarreta malefícios, sofrimento de natureza física, psicológica ou sexual, ou ainda a morte (WHO, 2017).

A violência direcionada às mulheres pode efetivar-se de distintas formas, nomeadamente através da VO. Segundo D’Gregorio (2010), a VO representa uma forma inadequada de apropriação do corpo da mulher face às suas reais necessidades corporais e reprodutivas por parte dos profissionais de saúde, expressa por atos desumanos, abuso medicamentoso e desrespeito pelo decurso natural dos processos humanos, com repercussões nefastas para a saúde da mulher e sua qualidade de vida.

Compreende-se por VO a prática do desrespeito e arbitrariedade nos períodos pré-natal, parto e pós-parto, comportando então, “violações dos direitos humanos básicos das mulheres” (Silva et al., 2014, p.821). Segundo estes autores, quaisquer privilégios existentes para as mulheres, estão consagrados e fundamentados em atas internacionalmente deliberadas, como por exemplo:

Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, Pequim 1994 (p.821).

A VO é assim identificada por qualquer ato ou intervenção dispensável dirigida à mulher grávida ou ao RN, executado sem o seu consentimento declarado, com desrespeito pela sua autonomia, integridade física e psicológica (Alexandria, et al, 2019; Matoso, 2018; Medina & Penna, 2008; Sens & Stamm, 2019; Silva et al, 2014).

O TP segundo Graça (2017), é constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos que levam à contratilidade uterina, à dilatação do colo uterino, à progressão do feto pelo canal de parto e à sua expulsão. A gravidez e o parto como eventos fisiológicos são definidos segundo a representação individual e social de cada mulher e influenciados pelos valores, crenças, expectativas e desejos de cada uma delas.

Antigamente, o parto desenvolvia-se em contexto familiar, na própria habitação e sob o olhar de uma parteira que auxiliava e proporcionava todo o conforto e carinho durante este processo de nascimento (Leal et al., 2018). Todo este cuidado veio sofrendo modificações ao longo do tempo e, após a Segunda Guerra Mundial, na metade do século XX, foi implementado o processo de institucionalização do parto pautado pela evolução tecnológica. Embora seja constatado que esta mudança tenha levado à despersonalização deste momento, à vivência do parto de forma solitária por parte das parturientes e sob fortes procedimentos médico-cirúrgicos, a diminuição das taxas de mortalidade materno-fetal justificaram o acontecimento (Andrade et al., 2017; Leal, et al., 2018; Sens & Stamm, 2019).

Oliveira et al. (2019), corroboram estes autores e acrescentam que, com o aparecimento da hospitalização do parto, a assistência obstétrica, para além de ter passado a reger-se por padrões institucionais com recurso à medicalização e a procedimentos invasivos, por vezes desnecessários, também era ocasionalmente gerida por profissionais de saúde autoritários. Sens e Stamm (2019), aludem ainda que com a institucionalização da assistência “o corpo feminino tornou-se objeto de direito dos médicos e, concebido em uma perspectiva medicalizada como essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso” (p.2), explicando a afirmação com o fato de a mulher não ser vista como um “sujeito de direitos” (p.2), mas como um “objeto de atuação” (p.2) pelas características de género que possui. Em suma, a mulher passa a ser submetida a

intervenções pouco fundamentadas, mas protocolos institucionalmente, envolvendo muitas vezes a violência pela necessidade de atuação face à desvalorização do potencial do gênero.

Por outro lado, Oliveira e Penna (2017) já concluíam no seu estudo que a VO também surgiu de forma mais significativa com o desenvolvimento de programas de humanização do parto e nascimento e, que na atualidade, por ser considerado um termo forte tem levado ao desconforto da classe obstétrica, pelas consequências que este termo acarreta, não só para estes, mas também pela negativa contribuição relativamente às conquistas e avanços técnicos “em virtude de uma hipotética autonomia da mulher na parturição” (p.7).

Evocando *Florence Nightingale*, já Macedo et al., (2008) evidenciavam que esta Teórica, na época, se preocupava com a descaracterização da enfermagem enquanto profissão dentro de um modelo tecnocrata e impessoal, valorizando o cuidado zeloso da enfermagem e, que em relação ao processo de parto e nascimento, enfatizava a necessidade de se conceder um cuidado humanizado tendo em atenção que a pessoa cuidada é um ser dotado de cultura e espiritualidade e deve ser tratada com dignidade. Estes autores revelam, portanto, a importância de um cuidado que respeite a fisiologia do parto e que não interfira com o seu natural decurso, tal como um cuidado que permita a decisão da mulher para que alcance este processo sem intervenções desnecessárias. Afirmam ainda que o principal pressuposto do paradigma humanístico de referência no parto, visa considerar a parturiente como “sujeito na relação de cuidado” (p.343), centrando a assistência nas suas necessidades e no respeito dos seus direitos, do acesso à informação e na decisão informada (Macedo et al., 2008).

Falar de humanização nos cuidados de saúde, independentemente da área de atuação, não é falar apenas de um cuidado alicerçado às suas dimensões técnicas e científicas, é falar também de um cuidado que reconhece os direitos das pessoas cuidadas, com base no respeito, na individualidade, na dignidade, na autonomia e na subjetividade destas (Freitas, 2017). Morgado et al., (2018) aludem que para alcançar a humanização nos cuidados, deve-se considerar a singularidade do ser humano e não apenas a questão física associada à doença, indo ao encontro do já evidenciado por Freitas (2017).

A humanização nos cuidados no parto e nascimento, segundo Possati et al., (2017) vai ao encontro do já evidenciado por Macedo, et.al. (2008), encontra-se assim alicerçado a práticas, condutas, posturas e saberes pautados no natural desenvolvimento do parto e nascimento, compreendendo também uma atitude ética e solidária com enfoque na valorização da parturiente e respeito pela sua individualidade. Alexandria, et al (2019) corroboram e afirmam que a prática de humanização do parto prevê uma assistência holística à parturiente, tal como a consideração dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Ainda neste seguimento, Oliveira, et al. (2019) salientam que as práticas favoráveis no processo de parto são aquelas que se encontram diretamente relacionadas ao processo de humanização nos cuidados obstétricos, contribuindo para o afastamento do modelo tecnocrático.

OMS (1996), já catalogava práticas que refletiam qualitativamente na humanização do parto e a assistência obstétrica, com base na efetivação da garantia da autonomia, do respeito pelos direitos da mulher e sua família, do recurso aos métodos não invasivos e não farmacológicos no alívio da dor, do uso da liberdade de movimentos, da prática baseada na melhor evidência científica, entre outros.

No Código Deontológico da profissão de Enfermagem é salientado a importância de o Enfermeiro ser responsável pela prestação de cuidados humanizados, assumindo o dever de: “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Capítulo VI, Lei n.º 156/2015, 2015, p.80).

De acordo com as recomendações evidenciadas na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, proclama-se o respeito pela dignidade humana, pela vida e pela liberdade de cada ser e sublinha-se que independentemente do caráter interventivo da ação médica, seja para fins de diagnóstico, de prevenção ou terapêutico, o consentimento prévio, livre e esclarecido, com base em informação pertinente, deve ser imperioso (UNESCO, 2006).

A pertinência desta temática como um problema lícito de saúde pública e de violação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres, foi validada e declarada também pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014a) através do documento “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, onde situações abusivas que comportem negligência ou desrespeito pela parturiente são identificadas como uma “violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres” (parágrafo 4). Ainda neste é salientado a existência de narrativas sobre desrespeito e abusos no parto nas instituições de saúde e explanadas medidas de combate à violência às mulheres durante a assistência institucional ao parto, com enfoque na promoção do cuidado humanizado e um parto digno.

Desde 2015 que se têm vindo a verificar movimentos sociais, em diversos países, onde são reivindicados os direitos das mulheres em questões de saúde reprodutiva e obstétrica, particularmente no parto e, onde são denunciados os padrões de maus-tratos e violência que são sujeitas durante o parto por parte dos sistemas de saúde e seus profissionais (OMS, 2014b).

A Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) (2015), veio reforçar a importância dos direitos das mulheres na gravidez e parto, igualmente, em questões de respeito, privacidade, confidencialidade, dignidade, igualdade, liberdade,

autonomia, autodeterminação, liberdade de coação, tratamento digno e respeitoso, direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências. Desenvolveu ainda, entre 2015 e 2019 a segunda edição do inquérito “Experiências de Parto em Portugal” com o objetivo de “aferir as características dos partos, a satisfação das inquiridas e a identificação de eventuais situações de abuso, discriminação ou desrespeito vivenciadas, assim como o impacto da experiência de parto” (p.1).

Em 2019, foi aprovada, no nosso país, a Lei n.º 110/2019 que estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Com base nas orientações da OMS, reconhecem-se direitos que assentam, no já explanado por outras identidades e dando relevância aos aspetos fundamentais em que o cuidar deve ser baseado.

Ainda neste mesmo ano de 2019, foi também exibido um Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.^a que apela ao reforço da proteção das mulheres na gravidez e parto, através da criminalização da violência obstétrica e que visa a atribuição de direitos específicos à parturiente em contexto de saúde. Neste documento encontra-se referência ao aumento de denúncias, por parte de mulheres, sujeitas a algum tipo de ato de violência num dos períodos pré-natal, parto ou pós-natal.

Este Projeto de Lei, para além de não ter sido aprovado na Assembleia da República, levou a um manifesto por parte da OE, que evidencia a necessidade de uma maior maturidade desta mesma proposta face ao tema exposto. Além do mais, defende que a mulher e a criança têm o direito de receber os melhores cuidados de saúde e em segurança e que práticas que não sejam consideradas clinicamente necessárias são sujeitas a constituir má prática, “sancionáveis no âmbito do quadro normativo consagrado no artigo 156.º do Código Penal, bem como dos quadros disciplinares profissionais” (p.2). Ressalta ainda, a necessidade de revisão e ponderação do termo VO no nosso país, por não ter sido contextualizada segundo o “contexto jurídico-cultural nacional e as suas implicações, bem como a conduta em causa e seu contexto” (OE, 2021, p.2). O parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos sobre o Projeto de Lei n.º 912.XIV PAN 2021 corrobora e acrescenta que “não há qualquer similaridade entre o que se passa em Portugal e em países onde não se respeitam os direitos humanos, onde mulheres, grávidas e crianças morrem ou ficam com sequelas graves, por falta de assistência médica, onde as taxas de mortalidade materna podem ser mais de cento e cinquenta vezes superiores às de Portugal” (OM, 2021, para. 1).

Ainda que legislada esta proteção para a mulher e consagração explícita dos seus direitos sexuais e reprodutivos no contexto da gravidez, parto e pós-parto, contrariamente ao exposto,

não se verifica até ao presente momento um enquadramento legal específico da VO no nosso país e a realidade revela, segundo a evidência, lacunas importantes no cumprimento de tais direitos.

De acordo com as orientações existentes, é crucial a atuação dos enfermeiros obstetras, tal como, o seu aprimoramento em questões de boas práticas, já que estas são um excelente eixo orientador do cuidado à parturiente. Também, é evidenciado que qualquer cuidado prestado deve basear-se em evidências científicas, por fundamentarem a prática e proporcionarem, naturalmente, um atendimento humanizado (Oliveira, et al, 2019).

O TP como um evento fisiológico que é, deve ser interpretado de forma humanizada e mediado por um cuidado individualizado e de excelência, para que a mulher se sinta cuidada e tranquila relativamente à partilha das suas necessidades. O EEESMO deve ser capaz de assegurar cuidados adequados, éticos e baseados em evidência científica, com a premissa da transmissão de informação pertinente, de forma que, a parturiente possa consentir ou recusar qualquer que seja o procedimento que lhe é dirigido, utilizando os recursos que lhe estão disponíveis. Deve por isso, assumir um cuidado à mulher “segundo uma perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais” (Regulamento n.º 391, 2019, p.13561).

1.2 Teoria do Cuidar de Kristen Swanson

A enfermagem é a arte do cuidar e a sua práxis envolve a essência do cuidar ao ser humano de forma integral e holística. O Ser humano é um ser singular, complexo e socialmente integrado com valores, crenças e desejos, merecendo ser dignificado independentemente da sua autodeterminação. A forma como este interage e se adapta ao ambiente em que se encontra inserido, afirma os seus comportamentos face à incessante busca de equilíbrio e harmonia.

A Teoria do Cuidar, de *Kristen Swanson*, foi o modelo teórico eleito para servir de referência neste Relatório, permitindo um conhecimento ampliado nos processos de cuidar associado às competências específicas de EEESMO que foram desenvolvidas durante o EC.

Kristen Swanson, Enfermeira e Teórica, desenvolveu a Teoria do Cuidar e vem contribuindo positivamente na prática de enfermagem. Refere que o cuidar exige o conhecimento total do outro, significativo e contributivo para o respeito pelas expectativas e escolhas do ser cuidado, sem que seja posta em causa a sua dignidade ou as suas crenças. Para *Kristen Swanson*

(1993) o “cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (p. 354).

Na Teoria do Cuidar, segundo Alligood (2018), a Enfermagem é centrada no cuidado à pessoa e no seu bem-estar, com particular compromisso e responsabilidade por esta. Embarca numa panóplia de saberes empíricos, éticos e com nuances harmoniosas da natureza, da beleza e dos fundamentos da arte. Revela ainda que a Enfermagem se confronta com a delicadeza das ciências humanas, com a sabedoria clínica do profissional e com as expectativas pessoais e sociais dos elementos do cuidado – o Enfermeiro e a Pessoa (Alligood, 2018).

Swanson (1993) aclara quatro conceitos fundamentais que suportam a sua teoria: **Enfermagem, Pessoa, Saúde e Meio Ambiente**. A **Enfermagem** é a ciência cuja essência e especificidade é o cuidado, um cuidado que objetiva o bem-estar daqueles a quem é dirigida a ação. Considera os valores culturais e é fundamentado pelo conhecimento empírico da enfermagem e das diversas ciências relacionadas, assim como pelo conhecimento alcançado na própria prática. A **Pessoa** é um ser singular, em constante desenvolvimento e cuja plenitude é refletida através das suas concepções, emoções e condutas. As suas vivências são influenciadas por uma complexa interação entre a própria herança genética e espiritual, pela possibilidade de decisão pessoal, ou livre-arbítrio e pela capacidade de adaptação ao meio ambiente e vice-versa. A **Saúde** é vista como um nível de bem-estar, objetivado pela pessoa, sendo ou não associado à doença, e que se traduz de forma inigualável de pessoa para pessoa. A saúde e a doença reportam a um acontecimento socialmente definido e persuadido por valores sociais, culturais, políticos e económicos. O **Meio Ambiente** representa o cenário da ação, mais do que físico é situacional, um contexto que enquadra a pessoa e a influência, podendo também sofrer alterações e ser influenciado por esta.

Para Swanson (1993), o processo de cuidar assenta em cinco pilares: “manter a crença”, “conhecer”, “estar com”, “fazer por” e “possibilitar” (p. 355). Em EC e enquanto futura EEESMO, à luz desta teoria, desenvolveram-se competências que permitiram cuidar da mulher grávida e do seu convivente significativo, desde a vigilância Pré-natal, no Parto e Pós-parto, promovendo-se com isto a sua saúde, diagnosticando-se precocemente e prevenindo-se complicações e providenciando-se cuidados em situações pudessem afetar negativamente o seu bem-estar físico e psicoemocional.

Todos os cuidados que se prestaram implicaram o conhecimento das particularidades da pessoa cuidada, incluindo o convivente significativo, para que fosse possível um cuidado adaptado às reais necessidades identificadas, respeitando-se e mantendo-se as crenças,

demonstrando-se disponibilidade para estar com estes, validando-se os seus conhecimentos, mantendo-se o esclarecimento e permanecendo-se emocionalmente presente, fazendo-se por eles e com eles na condição de sua aliada, possibilitando-lhes uma experiência positiva relativamente aos cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica prestados.

2- METODOLOGIA

O processo sistemático de investigação produz corpo de conhecimento de qualquer disciplina, a Enfermagem, como ciência humana, necessita igualmente de uma atualização e inovação para que o rigor técnico-científico seja garantido. O enfermeiro centra a sua arte no cuidado ao ser humano, devendo assumir o compromisso de basear os seus conhecimentos na melhor evidência científica, atualizando-os continuamente, garantindo assim o aprimoramento sistemático das suas competências.

No presente capítulo apresenta-se a metodologia adotada no processo de aquisição de competências de EEESMO e do grau académico de Mestre, encontrando-se assim a *Scoping Review* (SR) e o Estudo Empírico, fundamentando-se todo o processo com base na melhor de evidência científica obtida através da intensa pesquisa efetivada.

2.1. Scoping Review

Foi realizada uma SR com base na metodologia aclarada no manual de *Joanna Briggs*, em *Joanne Briggs Institute* (JBI) (The Joanna Briggs Institute, 2021), com objetivo principal de mapear a evidência científica disponível sobre a VO no parto segundo a percepção do EO, de forma obter os melhores resultados e colmatar as necessidades deste ER. A pesquisa foi realizada inicialmente em novembro de 2020 e voltou-se a repetir em outubro de 2021 e abril de 2022, de forma a incluir a evidência mais recente.

No que concerne aos objetivos e à questão de investigação, primeiramente, foi efetuada uma pesquisa com o propósito de mapear e analisar a literatura existente sobre a VO no parto segundo a percepção do EO. De forma a atingir este objetivo foi estruturada uma questão de pesquisa: “Qual a percepção do enfermeiro obstetra, face à violência obstétrica, no parto?”, de acordo com a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), tendo então como (P)opulação os Enfermeiro Obstetra; (C)onceito a Violância Obstétrica; (C)ontexto o parto. As palavras-chave, de acordo com os descritores de saúde foram: Violência Obstétrica; Parto; Percepção; Enfermeiro Obstetra.

Optou-se por definir critérios de inclusão com a intenção de circunscrever as fontes de informação a serem incluídas na Revisão Scoping, sendo que não é possível ler a totalidade de fontes encontradas e também porque nada acrescenta fundamentar uma teoria com bibliografia divergente ou opositora (Gonçalves, Gonçalves & Marques, 2021). Neste sentido, definiu-se

como critérios de inclusão todos os estudos disponíveis em texto integral, escritos em língua inglesa, portuguesa e espanhola (idiomas de domínio do revisor), publicados nos últimos 5 anos em revistas científicas.

Para delinear a estratégia de pesquisa recorreu-se às etapas preconizadas pela JBI (2021). Na primeira etapa, o método visou uma pesquisa na plataforma *EBSCOhost*, nas bases de dados científicas *CINAHL Plus® With Full Text* e *MEDLINE With Full Text*, onde se identificou os termos na linguagem natural e indexada, de acordo com a mnemónica PCC, em cada uma destas e se aplicou posteriormente (Apêndice I).

Na segunda etapa, utilizando-se os termos naturais e indexados, recorreu-se aos operadores booleanos “AND” e “OR” para concretizar a pesquisa (Anexo I). Esta técnica assume uma grande utilidade e pertinência em questões de especificidade de pesquisa numa base de dados, quando existe a necessidade de combinar termos (Gonçalves, et al., 2021). Os termos, naturais e indexados, referente à População foram conjugados entre eles recorrendo-se ao operador booleano “OR”, aplicando-se esta estratégia para os termos naturais e indexados do Conceito e Contexto. Após se alcançar o resultado do cruzamento entre cada um deles (em relação ao termo natural e indexado), foram conjugados, o parto e a obstetrícia, recorrendo-se ao operador booleano “OR” (isto apenas para a pesquisa efetuada na base de dados *CINAHL Plus®*), garantido a ampliação da amostra. Por fim conjugou-se os achados relativamente à População, ao Conceito e ao Contexto através do recurso ao operador booleano “AND”.

Após esta pesquisa resultaram um total de 106 artigos na base de dados *CINAHL Plus®* e 261 artigos na base de dados *MEDLINE*. Em seguida efetuou-se a seleção dos documentos encontrados, tendo em atenção os critérios de inclusão atribuídos, através da leitura do título e resumo. Após exclusão dos duplicados, obteve-se 10 artigos na base de dados *CINAHL Plus®* e 12 artigos na base de dados *MEDLINE* selecionáveis, no total de 22 artigos. Por fim, a leitura e a análise destes documentos que deu origem a um total de 8 artigos. No Apêndice II encontra-se o fluxograma PRISMA de acordo com o JBI (2021).

Depois da extração de dados concretizada, dos 8 artigos selecionados na SR, efetuou-se a síntese cada um deles, apresentando-se no Apêndice III.

Salienta-se por fim, que nenhum dos estudos selecionados na SR foi aplicado em Portugal e apenas um deles foi aplicado num País da União Europeia, mais concretamente em Espanha. Os restantes estudos foram realizados no Sri Lanka, Gana, Moçambique e Brasil.

2.2. Estudo Empírico

Após a obtenção dos resultados da primeira SR, planejaram-se atividades e aplicaram-se posteriormente em contexto de prática clínica durante o ER. Estas atividades encontram-se descritas no Capítulo 3 deste relatório.

Quanto ao estudo realizado, trata-se de um estudo exploratório, de natureza mista, incluindo assim uma abordagem qualitativa e uma abordagem quantitativa, com o objetivo de compreender a percepção do Enfermeiro Obstetra sobre a Violência Obstétrica no parto.

Para a implementação do estudo elaborou-se um questionário semiestruturado (Apêndice IV). Este inclui dados sociodemográficos dos participantes e questões direcionadas ao objeto em estudo, onde 12 são de abordagem quantitativa e 4 de abordagem qualitativa. Este questionário foi construído considerando-se a literatura científica encontrada através da SR e a sua validação foi efetuada através de um pré-teste a 3 dos EEESMO da Consulta Externa de Obstetrícia e Ginecologia. A sua aplicação e a posterior colheita de dados, ocorreu após o parecer positivo da Comissão de Ética da instituição (Anexo II).

A escolha dos sujeitos para a amostra representada, foi intencional, deliberada e efetuada de acordo com os critérios de seleção previamente determinados, face à necessidade de alcance de resposta ao objeto em estudo. Gonçalves, et al. (2021), justificam a escolha intencional dos participantes nos estudos qualitativos com a necessidade de obtenção de maior densidade de informação útil aos propósitos da investigação. Neste sentido, selecionaram-se os EEESMO que exercessem funções há pelo menos um ano, no SUOG do hospital onde decorreu o ER.

Recorrendo-se à plataforma *Google Forms* foi elaborado virtualmente o documento e enviado aos participantes do estudo através de e-mail. Anteriormente a isto, as participantes foram informadas e esclarecidas no que respeita às características do estudo e a existência do Consentimento Informado (Apêndice V). Este último documento foi entregue e assinado de forma livre e esclarecida.

No que diz respeito à colheita de dados, foi realizada entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022 e, das 29 EEESMO que exercem funções neste serviço e que correspondem aos critérios de inclusão, apenas 23 responderam ao questionário enviado, sendo que as restantes não se demonstraram disponíveis para o fazer.

Sobre a análise dos dados colhidos, foi adotada para análise de dados qualitativos a metodologia abordada em Bardin (2020) e a análise de dados quantitativos através de gráficos e tabelas obtidos através da plataforma do *Google Forms*.

Bardin (2020) organiza a análise de conteúdo em 3 etapas cronologicamente ordenadas. A primeira etapa é designada de pré-análise, onde após uma leitura flutuante se organiza os dados, triando-se os documentos a serem submetidos a análise segundo as hipóteses existentes e os objetivos do estudo.

A segunda fase, ou fase de exploração do material, é aquela em que se procede à codificação dos dados alcançados nos questionários recorrendo-se: ao recorte, ou seja, à seleção das unidades de registo, à enumeração, ou seja, à contagem destas unidades e por fim à classificação e agregação para posterior categorização. Nesta fase é ainda definido o isolamento e repartição dos constituintes permitindo assim uma organização das mensagens, ou seja, proceder-se à análise exaustiva de forma a garantir a inclusão de todas as unidades de registo analisadas (exaustividade) e exclusão de constituintes duplamente classificados para que cada elemento só possa existir em uma categoria (exclusão mútua). Deve-se também garantir a definição categórica segundo uma dimensão de análise (homogeneidade) e a pertinência face aos objetivos da pesquisa e estudo. Não menos importante, certificar-se que os tópicos e indicadores que apontam para a inclusão de um elemento numa categoria são claros (objetividade e fidelidade) (Bardin, 2020).

A terceira etapa é denominada de tratamento dos resultados, onde é realizada a sua interpretação de forma a torná-los significativos e válidos (inferência e interpretação).

Mediante esta metodologia, revela-se que a análise de conteúdo foi concretizada de forma independente e, para garantir a confidencialidade da colheita efetuada, os princípios éticos e deontológicos foram respeitados. Neste processo definiram-se categorias e subcategorias segundo a dimensão de análise, os objetivos da pesquisa e do estudo. De realçar, que as questões foram analisadas separadamente e, portanto, a sua categorização foi direcionada para cada uma delas. Posteriormente, sintetizaram-se as unidades de registo às respetivas categorias e subcategorias e, assegurou-se a codificação dos excertos transcritos. No método de codificação optou-se por se atribuir a letra **Q** como elemento representante do questionário e a numeração para possibilitar a sua diferenciação e preservar o anonimato (exemplo: Q1, Q2, Q3...).

Assim, encontraram-se então, um total de 4 categorias, sendo estas: percepção do conceito de Violência Obstétrica no parto; tipos de Violência Obstétrica; fatores inibidores da capacitação

das parturientes e parecer do EEESMO quanto à aplicação do termo Violência Obstétrica referente aos cuidados prestados em Portugal. No que respeita as subcategorias foram encontradas 17, sendo estas: ausência de consentimento informado; desrespeito pelos direitos e escolhas da parturiente; desrespeito pela parturiente enquanto pessoa; intervenções/práticas não fundamentadas cientificamente; física; verbal; psicológica; obtenção de informação de fontes não fidedignas; falta de informação/conhecimento da parturiente; falta de apoio na seleção de informação; medo; melhor definição do conceito; modelo de práticas; práticas médicas; concordância; discordância e falta de capacitação das mulheres grávidas (Apêndice VI).

2.2.1. Resultados da Análise de dados

Após análise, relativamente aos dados sociodemográficos elaborou-se o quadro 1 para se apresentar os resultados, assim:

Quadro 1 – Dados Sociodemográficos da amostra do estudo

Variáveis	<i>f</i>	%
Género		
Feminino	23	100%
Idade		
30-39	10	43%
40-49	4	17%
50-60	9	40%
Estado Civil		
Solteiro	3	13%
Casado	16	69,6%
Divorciado	4	17,4%
Filhos		
Sim	18	78,3%
Não	5	21,7%
Formação Académica		
Especialidade	14	60,9%
Mestrado	9	39,1%
Tempo de exercício profissional como EEESMO		
Entre 1 a 9 anos	12	51,9%
Entre 10 a 19 anos	2	8,6%
Entre 20 a 29 anos	7	30,9%
Entre 30 e 39 anos	2	8,6%

Conforme acima identificado, todos os participantes deste estudo eram do gênero feminino e, mesmo que se quisesse incluir um elemento masculino, no serviço onde o mesmo foi aplicado não existia nenhum EEESMO deste gênero. Gomes, Pereira, Fernandes e Melo (2020) salientam no seu estudo a predominância de profissionais do gênero feminino no âmbito da enfermagem e realçam que esta característica também é evidenciada pela literatura, não sendo por isso uma particularidade exclusiva neste estudo. É ainda de salientar, que a alavanca para a existência de uma Enfermagem com estatuto socioprofissional veio de Florence Nightingale, uma mulher com um percurso revolucionário nos segmentos da saúde e nos serviços a nível mundial e, por isso, reconhecida como a Matriarca da Enfermagem moderna (Lopes & Santos, 2010).

Após o tratamento dos dados quantitativos abaixo descrevem-se as conclusões alcançadas (Análise de dados quantitativos no apêndice VII).

Das 23 participantes EEESMO incluídas neste estudo, apenas 4 referiram ter formação na área da VO, sendo que 3 destas têm mais de 20 anos de prática de exercício profissional, conforme a representação no gráfico número 1 no apêndice VII.

De forma a se conhecer a opinião das participantes sobre a existência de momentos formativos em serviço na área da VO, foi elaborada uma questão direcionada a esta temática, onde se verificou que apenas 1 resposta tinha parecer negativo (correspondente a 95,7% do total da amostra), concluindo-se, por isso, que os EEESMO aqui incluídos demonstram-se sensibilizados para esta problemática e dão ênfase à real necessidade de treino e por isso à introdução da temática nos eventos formativos do serviço em causa (representação no gráfico número 2 no Apêndice VII). Alexandria, et al. (2019) destacam a importância do empoderamento dos EEESMO acerca da VO, não só para que haja uma maior difusão de informação acerca dos tipos existentes, mas também pela possibilidade de existência de desconhecimento destas práticas ou atitudes que refletem a VO. Ainda que contextualizado de forma diferente, todos os artigos selecionados após a SR, ressaltam a importância da formação e capacitação dos EEESMO relativamente a esta temática e à da humanização dos cuidados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, corroborando por isso os achados neste estudo.

No que concerne à questão, “*Considera que as expectativas e desejos apresentados pelas mulheres/casais no momento do parto são respeitados?*”, a maioria das EEESMO inquiridas, concretamente 16, responderam afirmativo (correspondente a 69,6% do total da amostra) (representação no gráfico número 3 no Apêndice VII). As restantes 7 que não concordaram, apontaram para causas associadas à Instituição de saúde, nomeadamente à falta de recursos humanos, à falta de recursos materiais ou instalações inapropriadas/dificultadoras e à prestação

de cuidados rotinizados e/ou protocolados, associados também à própria parturiente, nomeadamente pelo desconhecimento da pessoa enquanto ser bio-psico-socio-cultural e espiritual, à existência de barreira linguística, às expetativas irrealistas/utópicas apresentadas por estas e à baixa literacia em saúde identificada e, por fim, associadas ao profissional de saúde, nomeadamente, à falta de ética profissional, à exaustão associada à profissão e à falta de empatia (representação nos gráficos número 4, 5 e 6 no anexo VI). Dos estudos seleccionados na SR, 6 deles evidenciam estas mesmas causas associadas à falta de respeito pelos desejos e expetativas da parturiente, conforme se expõe abaixo.

Em relação às causas relacionadas com as parturientes, Leal et al., (2018) e Pereira et al., (2018) referem no seu estudo que a falta de conhecimento acerca da VO, por parte das parturientes, tal como o seu nível baixo de literacia em saúde, faz com que estas não saibam reconhecer situações potenciadoras desta problemática e a se exporem a situações de VO, gerando repercussões de carácter físico, psicológico e emocional. Alexandria et al., (2019) corrobora e salienta que quando existe défice de conhecimento por parte das parturientes existe igualmente uma maior probabilidade de ocorrência de VO. Dzomeku et al., (2020), Galle et al., (2020) e Gomes et al., (2020) atribuem ainda às desigualdades sociais, económicas e culturais, ao comportamento das parturientes durante o parto e ao fato de serem mais jovens, como fortes motivos para que haja ocorrência de VO.

Em relação às causas relacionadas com a instituição, todos os estudos seleccionados através da SR, apontam para a falta de recursos humanos, a falta de recursos materiais ou instalações inapropriadas/dificultadoras e uma prestação de cuidados rotinizados e/ou protocolados, corroborando com os achados neste estudo. Mais ainda, refletem que a existência de uma política institucional transparente e não discriminatória, tal como, um melhor sistema de apoio, aos profissionais podem ajudar a incrementar a satisfação no trabalho dos EEEESMO e, efetivamente melhorar a sua qualidade (Alexandria et al., 2019; Dzomeku et al., 2020; Galle et al., 2020; Gomes et al., 2020; Leal et al., 2018; Martín-Badia et al., 2021; Miranda et al., 2019; Pereira et al., 2018).

Em relação às causas relacionadas com os profissionais, nos estudos seleccionados através da SR, constata-se a sua atribuição para a exaustão profissional associada a alta carga laboral, ao alcance de resultados materno-fetais e neonatais positivos e à falta de empatia ética dos profissionais, corroborando com os achados neste estudo (Alexandria et al., 2019; Dzomeku et al., 2020; Galle et al., 2020; Gomes et al., 2020; Leal et al., 2018; Martín-Badia et al., 2021; Miranda et al., 2019; Pereira et al., 2018).

É importante salientar, que todos estes fatores associados ao excesso de tecnicismo, colocam de parte uma prática humanizada, um atendimento de excelência e respeitoso às mulheres durante o parto. A valorização da vida humana deve ser preservada, independentemente de quaisquer adversidades que os profissionais de saúde possam estar expostos durante a assistência obstétrica (Gomes et al., 2020).

No que concerne a questão, “*Já presenciou algum tipo de violência à parturiente?*”, a maioria das EEESMO inquiridas, concretamente 15, responderam afirmativo, sendo que 7 destas identificam-na através de violência física, 6 através de violência verbal e 2 através de violência psicológica (representação nos gráficos número 6 e 7 no Apêndice VII). Leal et al., (2018) já concluía em seu estudo que a VO se refletia por meio de procedimentos técnicos, condutas e de agressões de caráter psicológico e verbal. Martín-Badia et al., (2021) corroboram e assumem que, segundo os relatos das parteiras, as parturientes em algum momento do parto vivenciam situações de violência, seja ela física, verbal, emocional, psicológica ou moral. Porém, todos os estudos identificados na SR afirmam igualmente os achados neste estudo.

Nas questões “*Concorda que as parturientes/casais têm conhecimento sobre a temática Violência Obstétrica?*” e “*Concorda que utilizam os seus conhecimentos de forma fundamentada quando referem estar sujeitas/os a Violência Obstétrica?*”, a maioria das respostas obtidas foram negativas, ou seja, 17 participantes responderam que não a esta primeira pergunta e 20 participantes responderam não à segunda (representação nos gráficos número 9 e 10 no Apêndice VII). Neste sentido, é possível concluir que as EEESMO consideram as parturientes, mulheres com lacunas no conhecimento no que retrata esta problemática e, que a falta deste conhecimento reflete conclusões não fundamentadas, por parte destas, no que respeita os cuidados prestados pelas EEESMO. Leal et al. (2018) já evidenciavam no seu estudo a falta de conhecimento das parturientes, não só sobre esta temática, como também em relação aos seus direitos. Contudo na sociedade atual, as mulheres estão cada vez mais empoderadas, mostrando capacidade crítica para diferenciar as boas práticas das más práticas e defenderem as suas preferências (Martín-Badia et al., 2021). Estes mesmo autores ainda ressaltam que a nível institucional não existe consciência desta transformação, e que por meio de abusos de autoridade vinda dos profissionais de saúde, os cuidados são negligenciados com prejuízo dos direitos das mulheres, na sua liberdade, aptidão para a tomada de decisão e autonomia, evidenciando este paradoxo.

Relativamente à questão “*E considera que estão capacitados face à defesa dos seus direitos, tal como ao cumprimento dos seus deveres?*”, 19 participantes deste estudo, voltam a

realçar a falta de preparo das parturientes, com resposta negativa a esta questão (representação no gráfico número 11 no Apêndice VII). A falta de capacitação das parturientes faz com que não estejam aptas na defesa dos seus direitos, tal como, não estejam aptas no cumprimento dos seus deveres enquanto utilizadores do sistema de saúde. Esta conclusão é corroborada nos estudos encontrados na SR, ainda que Martín-Badia et al., (2021), evidenciem um paradoxo na sociedade atual como acima exposto. Contudo, também salientem nas suas conclusões que as mulheres grávidas não estão completamente conscientes dos seus direitos. Anteriormente a isto, Pereira et al. (2018) já salientavam nos seus remates que a violência ou os maus-tratos às parturientes estão relacionados com a falta de literacia em saúde, tal como associados à questão de uma má colaboração materna no momento do parto. Dzomeku et al. (2020) também evidenciam que as parturientes não são conhecedoras dos seus direitos e que isso faz com que muitas vezes, se tornem relutantes aos cuidados e não cooperativas no processo de parir, corroborando com os achados obtidos.

Referenciando-se a última questão fechada deste estudo, *“Acha pertinente o desenvolvimento e implementação de um plano de Nascimento como guia informativo e avaliativo, para as mulheres/casais grávidos no seu serviço?”*, através das respostas obtidas, concretamente 21 respostas positivas, é passível de se concluir que todas as EEESMO inquiridas neste processo, concordam com o desenvolvimento e implementação de um plano de nascimento como ferramenta de auxílio ao empoderamento da mulher grávida, da mesma forma, que o consideram pertinente no sentido de se alcançar uma melhor avaliação da experiência de parto por parte das parturientes (representação no gráfico número 12 no Apêndice VII). Pereira et al., (2018) corroboram com os achados relativamente a esta questão, destacando em seu estudo a importância da promoção das capacidades da parturiente, tal como a possibilidade de poderem opinarem sobre a qualidade do atendimento recebido ainda em contexto hospitalar, sugerindo o desenvolvimento desta prática como um modelo padrão dentro das instituições. Miranda et al., (2019) também demonstram a importância da estimulação da parturiente, justificando esta premissa com a possibilidade de uma participação ativa, por parte destas, no momento do parto. É ainda reforçado na literatura obtida, que o princípio de autonomia reflete o respeito pela tomada de decisão da parturiente, o que requer inevitavelmente a sua capacitação e o seu conhecimento (Martín-Badia et al., 2021).

Na análise dos dados qualitativos foram elaboradas tabelas com categorias e subcategorias como já referido no subcapítulo anterior.

Após essa análise, relativamente à primeira questão de caráter qualitativo, “*O que considera ser Violência Obstétrica no parto, dê exemplos de situações relacionadas com esta problemática?*” emergiu a categoria “**Perceção do Conceito de Violência Obstétrica no Parto**” e as subcategorias “Ausência de Consentimento Informado”, “Desrespeito pelos direitos e escolhas da parturiente”, “Desrespeito pela parturiente enquanto pessoa” e “Intervenções/práticas não fundamentadas cientificamente” (Apêndice VI). As expressões representativas destas subcategorias são: “Ausência de Consentimento Informado” - “Todo o procedimento sem consentimento da parturiente...” (Q1), “O não ser realizado o consentimento informado” (Q2) e “Todo o procedimento sem prévio consentimento parturiente” (Q4); “Desrespeito pelos direitos e escolhas da parturiente” - “...não respeitar os desejos da parturiente” (Q1), “...episiotomia contra vontade expressa da parturiente” (Q4) e “...restringir a presença de acompanhante” (Q9); “Desrespeito pela parturiente enquanto pessoa” – “...juízos de valor...” (Q1), “É considerada violência obstétrica tudo o que são abusos verbais ...violência física” (Q9), “Arrogância na comunicação” (Q10) e “Ser agressiva na avaliação quer física quer psicológica” (Q13); E por fim “Intervenções/práticas não fundamentadas cientificamente” - “Todas as intervenções sem base científica que sujeitam a mulher a desconforto e risco aumentado... (Q16), “...manobra de Kristeller...” (Q16) e “... grandes episiotomias feitas durante período expulsivo mal gerido...” (Q16). De acordo com os estudos selecionados na SR, os EEESMO demonstram perceção da problemática da VO no parto e reconhecem a sua forma de propagação, revelando-a através de situações relatadas. Das evidências destacam-se a prestação de cuidados inadequados com recurso a técnicas não fundamentadas cientificamente, como a manobra de Kristeller e episiotomia, falta de consentimento informado, desrespeito pela autonomia da parturiente, utilização de linguagem inadequada que humilha, manipula, ameaça e estigmatiza a parturiente, atos de agressão física e tudo com prejuízo à saúde da mulher (Alexandria et al., 2019; Dzomeku et al., 2020; Galle et al., 2020; Gomes et al., 2020; Leal et al., 2018; Martín-Badia et al., 2021; Miranda et al., 2019; Pereira et al., 2018).

Na segunda questão analisada, “*Se optou por um "tipo de Violência à parturiente" descreva-a*”, emergiu a categoria “**Tipos de Violência Obstétrica**” e as subcategorias “Física”, “Verbal” e “Psicológica” (Apêndice VI). As expressões representativas destas subcategorias são: “Física” – “Executar episiotomia contra a vontade expressa da parturiente para não ser realizada” (Q1), “Uma bofetada” (Q2), “Manobra kristeller” (Q6) e “Parto induzido contra a vontade da grávida” (Q22); “Verbal” - “Utilização de frases ou palavras inadequadas durante o parto” (Q3), “A forma de dizer as coisas por vezes soa como uma espécie de "vingança" ou dizer coisas inapropriadas para o momento humilhando a parturiente” (Q13) e “Gritar e chamar nomes ás

senhoras” (Q17); “Psicológica” - “Ignorar os seus pedidos quando os mesmos são exequíveis” (Q5) e “Utilização de frases como: “se acontecer alguma coisa ao bebé você é a culpada” (Q10). Novamente encontra-se na literatura informações que corroboram os achados neste estudo, como já descrito na questão anterior. O recurso à violência física, verbal e psicológica é amplamente abordado e identificado pelos EEESMO, ainda que em alguns estudos justificado com o fato de serem essenciais face ao alcance de bons resultados materno-fetais ou neonatais, pelas exigências impostas e/ou condições das instituições de saúde (Alexandria et al., 2019; Dzomeku et al., 2020; Galle et al., 2020; Gomes et al., 2020; Leal et al., 2018; Martín-Badia et al., 2021; Miranda et al., 2019; Pereira et al., 2018).

Na terceira questão analisada *“Se não, porquê?”*, associada à questão *“E considera que estão capacitados face à defesa dos seus direitos, tal como ao cumprimento dos seus deveres?”* emergiu a categoria **“Fatores inibidores da capacitação das parturientes”** e as subcategorias “Obtenção de informação de fontes não fidedignas”, “Falta de informação/conhecimento da parturiente”, “Falta de apoio na seleção de informação” e “Medo” (Apêndice VI). As expressões representativas destas subcategorias são: “Obtenção de informação de fontes não fidedignas” - “Falta de informação fidedigna e enquadrada a cada situação específica” (Q5), “...informação inadequada sem bases científicas” (Q7) e “Porque não têm formação/ informação credível” (Q12); “Falta de informação/conhecimento da parturiente” - “Porque desconhecem os direitos e os deveres” (Q14), “Porque existe muita iliteracia em saúde” (Q16), “Por falta de informação...” (Q17), “Porque nos deparamos com situações caricatas, como a mulher dizer que não quer tricotomia quando tem depilação total” (Q20); “Falta de apoio na seleção de informação” - “Falta de empoderamento dos casais” (Q4), “orientações incorretas...” (Q17), “Não sabem selecionar a informação e romantizam muitas vezes o momento do parto” (Q19) e “Mal-esclarecidos...” (Q21); “Medo” - “Por receio, perante a equipa médica, muitas vezes permitem o que não desejavam para o seu parto...” (Q1) e “A posição de dependência face aos profissionais a que estão submetidos por medo de represálias por parte destes” (Q2). A literatura analisada aponta para as conclusões alcançadas nesta pergunta, evidenciando igualmente estes mesmo fatores como gatilhos, para o fato das parturientes não serem consideradas capacitadas na defesa dos seus direitos e no cumprimento dos seus deveres. Leal et al., (2018) destacam os pontos de vistas das parteiras incluídas em seu estudo, quando estas afirmam que as parturientes têm défice de conhecimento sobre os procedimentos adotados no parto, que têm baixo nível de literacia em saúde e que não são reconhecedoras dos seus direitos. É ainda retratado no estudo de Miranda et al., (2019), situações vivenciadas pelas parteiras, que demonstram que as parturientes no momento do parto, especificamente quando se sentem dependentes da equipa de profissionais,

não são capazes de demonstrar a sua insatisfação ou traduzir os seus desejos por medo de serem abandonadas ou maltratadas, corroborando com os achados neste estudo.

Na quarta e última questão analisada, “*Que comentário lhe suscita a posição da Ordem dos Médicos relativamente a este assunto, quando declaram que o termo de Violência Obstétrica é inapropriado aplicar em Portugal?*”, emergiu a categoria “**Conceptualização da VO**” e as subcategorias “Melhor definição do conceito”, “Modelo de práticas”, “Práticas médicas”, “Concordância”, “Discordância” e “Falta de capacitação das mulheres grávidas” (Apêndice VI). As expressões representativas destas subcategorias são: “Melhor definição do conceito” - “Que é necessário compreender em que consiste a violência obstétrica” (Q15) e “Isto é um caminho que temos que fazer em conjunto entre os casais e os profissionais sem extremismos e medição de força. Todos podemos melhorar, mas não gosto desta visão de carrascos que nos é atribuída, quando procuramos a melhoria dos cuidados prestados e desfechos felizes para a mãe e bebés” (Q20); “Modelo de práticas” - “...atitudes paternalistas” (Q4), “...Falta de sensibilidade desta classe profissional” (Q13), “...este termo é uma construção ideológica fomentada por um grupo específico de pessoas que se querem substituir aos profissionais de saúde, propondo alternativas que mais não são que um retrocesso técnico científico que infelizmente já tem tido consequências trágicas para mães e filhos” (Q14), “Questão cultural” (Q22) e “..., contudo existem situações que devem ser acauteladas no sentido de melhorar determinadas práticas, como por exemplo abandonar práticas que, pela evidencia científica, já não trazem qualquer benefício e vantagem quer para a mulher como para o bebé...” (Q23); “Práticas médicas” - “Os médicos são talvez os que mais praticam VO” (Q1), “Respondem o que “têm” de responder enquanto defensores de uma classe profissional” (Q2), “...existe muita VO praticada essencialmente por médicos...” (Q4), “...deviam ser revistas algumas intervenções por parte das equipas médicas...” (Q7) e “... A maioria da violência obstétrica que presenciei foi realizada por médicos” (Q16); “Concordância” - “Acho que é bem aplicada a resposta” (Q6), “Concordo” (Q10), “Adequado” (Q11) e “O tema da violência obstétrica é extremamente sensível e não deve ser generalizado para nenhum dos polos. Não considero que em Portugal se verifique violência obstétrica de forma generalizada e indiscriminada...” (Q23); “Discordância” - “Totalmente em desacordo, pois existe muita VO em Portugal” (Q1), “Irrealista” (Q5), “Discordo, estão completamente fora da realidade que se passa nos Bloco de Partos” (Q16), “Acho que não trabalham na área...” (Q17); “Falta de capacitação das mulheres grávidas” - “... existir mais informação disponível para todas as grávidas (com bases científicas) por forma a que elas pudessem fazer escolhas devidamente informadas e esclarecidas” (Q7), “Isto deve ser um caminho que temos que fazer em conjunto

entre os casais e os profissionais ...” (Q20) e “...Por outro lado, deve-se procurar o mais possível ir ao encontro dos desejos e vontades da mulher, e nos casos em que isso não seja possível, através do diálogo e educação para a saúde capacitar os pais para tomarem decisões mais fundamentadas” (Q23).

Como já referido no subcapítulo anterior, embora nenhum dos estudos selecionados na SR tenha sido aplicado em Portugal, um deles foi aplicado num País da União Europeia, mais concretamente em Espanha, o que permitiu o seu recurso. Os restantes estudos foram realizados em Países menos desenvolvidos, logo com realidades distintas no que concerne ao acesso e aos próprios cuidados de saúde, como tal, a utilização das suas conclusões poderiam enviesar os achados neste estudo.

Neste sentido, considerando o estudo de Martín-Badia et al., (2021), se por um lado VO surge como uma violação dos direitos humanos e, enquadrada na proposta apresentada sobre violência obstétrica e ginecológica em assembleia pelo Conselho da Europa, por outro lado é retratada pela OMS através de conceitos como má prática, atendimento desrespeitoso, ou mesmo cuidado desumanizado. Estes autores salientam a subjetividade deste termo, afirmando que, para que seja um termo preciso, a palavra violência terá de ser definida, tal como, a necessidade de uma comunicação efetiva e de confiança entre as mulheres e os profissionais de saúde, de forma a se alcançar uma consciência mútua sobre os sentimentos das mulheres e os motivos que levam às ações dos profissionais de saúde, o que corrobora com os achados neste estudo.

Nas perspetivas éticas das parteiras incluídas no estudo destes mesmos autores, os limites de violência e negligência não são transparentes, mas refletem que é real que as mulheres durante o parto vivenciam situações onde estão sujeitas a agressões e maus-tratos que podem ser físicos, verbais, emocionais, psicológicos ou morais. Estas mesmas parteiras, salientam ainda, que o abuso de autoridade por parte dos profissionais de saúde, mais concretamente por parte da equipa médica, é efetivo e, que pode estar associado ao fato de considerarem o parto como um evento médico e não como um processo natural onde a protagonista deve ser vista como um ser biopsicossocial com capacidade de autodeterminação. A falha nos processos onde o consentimento informado é deficiente ou ausente, as informações cedidas tendenciosas ou mesmo inexistentes, também foi destacado refletindo esta última constatação. Ainda nesta linha, evidenciam o excesso de medicalização com recurso a procedimentos sem base científica e a existência de um sistema de saúde com atitude paternalista em relação às mulheres, o que leva a um decrescente incentivo da sua autonomia e empoderamento (Martín-Badia et al., 2021).

Estes achados corroboram com as conclusões obtidas e evidenciam as categorias “Melhor definição do conceito”, “Modelo de práticas”, “Práticas médicas”, “Concordância”, “Discordância” e “Falta de capacitação das mulheres grávidas” emergentes nesta pergunta.

Em suma, considero que foram adquiridos conhecimentos e desenvolvidas competências relativamente à temática deste ER, contribuindo ativamente no empoderamento e capacitação do EEESMO para colaborar e fundamentar uma experiência do parto positiva à mulher de quem cuida.

2.3. Questões Éticas

No decorrer do EC, nos diversos contextos, no âmbito do exercício profissional tornou-se imperativo ter por base o Código Deontológico que dá sustento à nobre profissão de Enfermagem. A responsabilização relativamente aos cuidados prestados à mulher inserida na família e comunidade, a excelência dos mesmos e o respeito e a salvaguarda dos seus direitos, tal como, a consideração por todos os elementos da equipa multidisciplinar com quem se acompanhou, foram princípios determinantes para um desempenho de excelência (Capítulo VI, Lei n.º 156/2015, 2015).

Todos os cuidados prestados consideraram a mulher como um todo, abstendo-se de se fazer juízos de valor não lhe impondo regras e princípios “no âmbito da consciência e da filosofia de vida”, ou distinguindo-se pela sua posição “económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa”, respeitando-a e capacitando-a para que pudesse exercer os seus direitos (Lei n.º 156/2015, 2015, pp. 8079). Relativamente à autonomia, todas as mulheres e seus conviventes significativos foram capacitados face à sua autodeterminação, dando-lhes o direito ao consentimento informado, garantindo-se informação credível e científica, tendo-se como pilares o princípio da Beneficência/Não-Maleficência, da justiça, veracidade, privacidade, confidencialidade e fidelidade, como referido no Capítulo VI da Deontologia profissional (Lei n.º 156/2015, 2015).

Assim, foram desenvolvidas ao longo do EC, competências que visaram: o empoderamento das mulheres e seus conviventes significativos permitindo-lhe uma tomada de decisão informada e esclarecida; a informação acerca dos cuidados prestados fomentando-se o consentimento informado; o conhecimento de um PN, redigido ou não; a mobilização de saberes adquiridos anteriormente ou se frequência no CPNP; a Garantia de cuidados adequados, seguros e dignos no decorrer da gravidez, parto e pós-parto, com ênfase no respeito pelas convicções e vontades da mulher e seu convivente significativo; a perceção das limitações relativamente aos cuidados

especializados prestados, garantindo o dever de incluir outros profissionais de saúde mais capacitados quando as competências exigidas extrapolaram competências enquanto futura EEESMO e a salvaguarda da vida e segurança da mulher e RN.

Os conhecimentos para uma prática segura foram constantemente atualizados através de pesquisa da melhor evidência científica, considerando-se as necessidades da população alvo com vista à promoção da sua saúde.

No que se refere à implementação do estudo, realizou-se um pedido de autorização à Comissão de Ética da instituição de saúde onde foi desenvolvido (Anexo III), enviando-se juntamente a este, informação acerca da sua natureza e temática, o instrumento de recolha de dados - Questionário e o protótipo do Consentimento Informado.

Relativamente ao consentimento livre e esclarecido no processo de investigação, Fortin (2009) revela a sua essência e importância quando alude que este documento certifica a participação arbitrária, informada e esclarecida dos participantes, a garantia da proteção dos seus direitos em matéria de autodeterminação, intimidade, anonimato, confidencialidade, justiça e equitabilidade e ainda uma proteção que afasta o risco de lesão ou prejuízo.

Certifica-se assim, que se assegurou o anonimato dos participantes e a confidencialidade da colheita efetuada com base e obrigação no dever ao sigilo profissional, corroborando-se com o artigo 106.º, alínea d) onde é feita referência ao dever de “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação...” (Lei n.º 156/2015, 2015, pp. 8079). Não obstante, assegurou-se igualmente que todos os dados colhidos fossem utilizados apenas para fins académicos ou para divulgação científica, informando-se a sua posterior destruição ao final de cinco anos. E por fim, garantiu-se aos sujeitos a participação voluntária, a retirada a qualquer momento, ou mesmo recusa desta, sem que ambas as condições fossem punidas ou acarretassem consequências. Salientou-se a ausência de risco ou custo associados à participação no estudo.

3- RESULTADOS DA APRENDIZAGEM E DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA E DE MESTRE

Este capítulo encontra-se estruturado em conformidade com o objetivo geral e específicos determinados e, engloba uma análise reflexiva da aprendizagem e a descrição das competências desenvolvidas no decorrer do processo formativo enquanto futura EEESMO.

O percurso debruçou-se e contextualizou-se sobre as linhas orientadoras definidas pela OE (2019) no que retrata o cuidado à mulher inserida na família e na comunidade, permitindo por isso a atuação em contexto de CSP e hospitalar, de acordo com as necessidades de aprendizagem na perspetiva do desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO. O EC desenvolveu-se: na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), nos serviços de Internamento de Ginecologia, Puerpério, Grávidas, na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), BP e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). No anexo IV encontra-se a Síntese de Registo de Atividades Práticas.

Nestes contextos, para além de toda uma pormenorizada pesquisa da evidência científica, de familiarização com os protocolos e documentação institucional, efetivou-se uma apresentação do projeto de Estágio às enfermeiras orientadoras, chefias e à equipa de enfermagem, de forma a facilitar o alcance dos objetivos que foram delineados para cada contexto de EC.

Como norteador da prática clínica teve-se por base os pressupostos da Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, desenvolvendo-se uma Enfermagem centrada no cuidado à mulher e no seu bem-estar físico e psicoemocional, respeitando as suas crenças, conhecendo as suas particularidades, demonstrando disponibilidade física e emocional, esclarecendo-a e fazendo por ela e com ela na condição de sua aliada.

3.1. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar em idade fértil, durante o período préconcepcional e de climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico

Durante o período de tempo em que decorreu o EC, e segundo o campo de estágio em que este se desenvolveu, teve-se por base as competências explanadas no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (RCEEEESMO), em que evidencia que este “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional” (competência n.º 1), “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério” (competência n.º 5) e “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” (competência n.º 6) (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

Encontrando-se a mulher no centro dos cuidados e sendo ela a entidade beneficiária das intervenções de cariz autónomo e de baixo risco do EEESMO, o desenvolvimento de competências específicas, enquanto futura EEESMO, requer conhecimentos alargados nos diversos domínios de atuação na área de saúde materna, obstétrica e ginecológica, dando visibilidade à especificidade e exigência técnico-científica inerente aos cuidados (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

A saúde reprodutiva é uma condição de saúde associada ao sistema reprodutivo, que abrange um leque de cuidados pela sua especificidade (DGS, 2008). Estando a mulher no centro destes cuidados deve ser compreendida, pelo EEESMO, segundo a sua singularidade, com base numa visão holística e como ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual. Esta compreensão permite o alcance do seu conhecimento enquanto pessoa inserida na família e na comunidade, potenciando os cuidados individualizados e de excelência (OE, 2015).

A aquisição destas competências específicas de EEESMO foram possibilitadas nos diversos contextos de EC, nomeadamente: nos CSP, no Serviço de Internamento de Ginecologia, na Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidade (IVG), no Serviço de Internamento de Obstetrícia – Puérperas e no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG).

O EC na área dos CSP realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), o que possibilitou o acompanhamento de mulheres na consulta de planeamento familiar. A orientação destas consultas efetuou-se segundo as necessidades evidenciadas pelas utentes acompanhadas, tal como pelas diretrizes expostas no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva da Direção Geral da Saúde (DGS) (DGS, 2008).

Assim, promoveram-se ensinamentos direcionados à adoção de estilos de vida saudáveis, à sexualidade com foco na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, aos métodos contraceptivos e ao autoexame de rastreio do cancro da mama. Abordou-se ainda, junto das mulheres a importância de conhecer a anatomia e fisiologia reprodutiva e os benefícios de uma regular fecundidade face às consequências de uma possível gravidez não desejada.

Em relação aos exames de rastreio do cancro do colo do útero, apenas foi possibilitada a observação, sendo que a sua realização era efetuada essencialmente pelo Médico. Esta competência adquiriu-se em contexto de prática simulada.

Especificamente nos cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, esta UCC, recebe e dá apoio a mulheres, principalmente grávidas/casais, de todas as Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados Personalizados, e por este motivo as consultas de planeamento familiar foram limitadas no acesso. Para colmatar as necessidades de aprendizagem face às competências a adquirir, planearam-se, implementaram-se, supervisionaram-se e avaliaram-se ensinamentos e intervenções nos restantes contextos de EC.

No serviço de internamento de ginecologia a nível de cuidados prestados, possibilitou-se uma atuação centrada na mulher e nas suas carências. Este serviço encontra-se afeto ao Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana de um Centro Hospitalar Universitário e a proveniência das utentes hospitalizadas, por regra geral, são do SUOG ou da Consulta Externa de Ginecologia.

Neste contexto prestaram-se cuidados a mulheres com doença ginecológica, da mama e do aparelho geniturinário e a mulheres submetidas a cirurgias, permitindo a aquisição de conhecimentos específicos nesta vertente de cuidados.

Considerando-se o período de internamento hospitalar como um instante de tensão e vulnerabilidade para a pessoa internada, é crucial a promoção eficaz da sua adaptação, segurança e do seu bem-estar. Como evidenciado por Silva (2010), o internamento hospitalar repercute-se no utente produzindo alterações nos seus hábitos de vida, afastando-o do que lhe é conhecido, do ambiente físico, organizacional e familiar. Assim, a nível prático, atendendo-se às particularidades da mulher cuidada, privilegiou-se o seu acolhimento, num ambiente íntimo e tranquilo, favorecendo-se uma comunicação empática, estabelecendo-se uma relação de confiança e aprofundando-se o seu conhecimento, garantindo-se a prestação de cuidados personalizados e centrados nas suas necessidades.

As educações para a saúde efetuadas estiveram de acordo com as necessidades observadas e consoante a clínica existente, sendo direcionada para a saúde sexual, para os métodos

contracetivos, para a vivência do climatério e menopausa com foco nas possíveis alterações físicas, psicológicas, emocionais e sexuais.

No caso específico da patologia da mama, concretamente do cancro da mama, efetuou-se acompanhamento da mulher e monitorizou-se o processo cirúrgico, promovendo-se apoio emocional, realizando-se ensinamentos sobre o autocuidado e cuidados a adotar após a alta hospitalar, por exemplo, existência de ferida cirúrgica. Costa (2011), alude que considerando as limitações e modificações originadas por uma situação patológica como esta, em que a mulher pode ser submetida a um procedimento cirúrgico, é essencial a elaboração de um plano organizado e multidisciplinar de forma que o processo da alta hospitalar possa ser planeado e estruturado, certificando-se o esclarecimento à mulher de forma que seja salvaguardada a continuidade de cuidados no domicílio reduzindo a probabilidade de complicações.

No campo cirúrgico, foi possível observar uma mastectomia radical, mas independentemente da situação clínica desenvolveram-se atividades junto das mulheres, relacionadas com o pré e pós-operatório com foco na sua recuperação.

Na questão particular do aborto, a nível de intervenções de enfermagem específicas, vigiou-se e monitorizou-se situações de perdas hemáticas, os parâmetros vitais e as características uterinas após a expulsão do embrião ou feto. O suporte emocional ao casal foi destacado e privilegiado, e sempre que necessário, pela incapacidade de intervir fora da área de cuidados de EEESMO, solicitou-se a observação por partes de outros elementos da equipa multidisciplinar, nomeadamente da área da psicologia, assegurando as necessidades identificadas em cada situação específica e mais concretamente no Luto.

Relativamente aos ensinamentos no momento da alta clínica após o aborto, destacou-se a necessidade de vigilância relativamente à evolução da situação e os sinais de alarme, nomeadamente as características das perdas hemáticas, a intensidade da dor e a variação da temperatura corporal. A nível da saúde sexual e reprodutiva, informou-se quanto à importância da introdução de um método contraceptivo enquanto ocorre a recuperação física e orgânica, e garantiu-se uma escolha acertada tendo em consideração o desejo da mulher de, ou tentar novamente uma nova gravidez ou evitá-la. A nível emocional, tendo-se em consideração as possíveis alterações psicológicas em relação à situação do aborto, reforçou-se ensinamentos sobre a importância de um estilo de vida saudável e o suporte nos seus pares e familiares. Adolfsson et al., (2004) e Santos (2010) evidenciam a importância do suporte emocional adicional às mulheres e seus pares quando existe perda pré-natal, pois a dor manifestada por estas é tão intensa quanto outra dor física qualquer.

De forma a complementar a minha formação neste contexto e com vista ao alcance de competências específicas de EEESMO, presenciaram-se também as consultas de IVG. Nestas, o EEESMO é o profissional competente que desempenha um papel preponderante face à sua formação específica, que lhe permite informar, esclarecer e orientar a mulher relativamente à situação de abortamento.

Para além da oportunidade de interação e atuação junto do público-alvo, realizando-se acolhimentos, acompanhando-se o tratamento, monitorizando-se o processo clínico e efetivando-se ensinamentos em relação à saúde sexual e métodos contraceptivos de acordo com o Guia Informativo - Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher (DGS, 2007), o contributo da passagem neste contexto refletiu-se no desenvolvimento do raciocínio clínico, pela necessidade de organização do pensamento em prol de uma correta interpretação da tomada de decisão de cada mulher. Carvalho et al., (2017) evidenciam a importância do raciocínio clínico em enfermagem como uma ferramenta que permite o alcance de um “cuidado seguro e eficaz”, mas também dão visibilidade à dificuldade na execução desse mesmo raciocínio pela necessidade de uma correta interpretação das respostas humanas.

Num outro contexto clínico, nomeadamente no Serviço de Internamento de Obstetrícia – Puérperas, identificou-se um campo dinâmico que permitiu o desenvolvimento de competências específicas de EEESMO no pós-parto. Este serviço encontra-se afeto ao departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana e recebe puérperas provenientes do BP do Centro Hospitalar onde o EC decorreu.

Independentemente do tipo de parto, o puerpério oferece à mulher algumas alterações na sua fisiologia, com ocorrências a vários níveis, nomeadamente, nos diversos órgãos pélvicos como o útero, colo uterino, vagina, períneo, e também de alguns sistemas orgânicos como gastrointestinal, urinário, circulatório, hematológico e endócrino. O período de puerpério imediato carece de um acompanhamento assertivo e direcionado, pelas peculiaridades das alterações que ocorrem na mulher como ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual (Graça, 2017).

No alcance das competências específicas nestas vertentes do cuidado à mulher, neste contexto de EC promoveram-se ensinamentos sobre a sexualidade, nomeadamente sobre o reinício da atividade sexual e métodos contraceptivos, estratégias de *empowerment* considerando-se a unicidade de cada mulher cuidada, atuando-se com sensibilidade cultural, de forma responsável e ética, dando real importância à necessidade da individualização dos cuidados.

Por fim, a passagem no SUOG, colmatou a restante necessidade de conhecimento e de prática clínica face às competências alicerçadas nos saberes científicos, técnicos, e humanos descritos no Regulamento n.º 391/2019 - RCEEEESMO, no que retrata o cuidado à mulher

inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar em idade fértil, durante o período préconcepcional e de climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológico. É de salientar que o EC não decorreu especificamente neste contexto, mas como o SUOG engloba o Serviço de Internamento de grávidas, o BP e ainda o Bloco Operatório, foi oportuno em alguns dias, juntamente com a Enfermeira Orientadora, adquirir diferentes aprendizagens sempre que o Serviço de Internamento de Grávidas ou o BP estavam sem utentes.

O SUOG é um serviço que abrange cuidados à mulher em qualquer fase do seu ciclo vital, e por isso tornou-se um local oportuno para desenvolver atividades como: a admissão da mulher, o reconhecimento da sua situação clínica, a colaboração em exames específicos, a colheita de espécimes para análises, a formalização do seu processo de internamento, a providência de suporte emocional, a administração de terapêuticas específicas, a orientação e empoderamento em relação ao seu processo de saúde-doença, entre outros, com vista a salvaguarda da sua saúde a todos os níveis.

Em questão de Educação para a Saúde (EpS), direcionaram-se ações consoante as diversas patologias ou alterações que interferem com a saúde da mulher, como o foi o caso de situações associadas a afeções vulvovaginais, nomeadamente candidíase vaginal, abscesso da Glândula de *Bartholin*, mola hidatiforme, entre outras. Nos episódios clínicos em que se tratava de mulheres a vivenciar o período de climatério, foi possível perceber o quanto se encontravam desinformadas acerca do significado deste termo, considerando-o como menopausa. De forma a capacitá-las em relação à sua saúde ginecológica, primeiramente clarificou-se o significado de menopausa com ênfase na ausência do fluxo menstrual no período mínimo de 12 meses e posteriormente informou-se sobre as possíveis modificações físicas e psíquicas características do período de climatério e a importância da vigilância da sua saúde pelas alterações hormonais existentes.

Independentemente da clínica, as mulheres foram orientadas para a adoção de estilos de vida saudáveis e reconhecimento de sinais e sintomas que possam evidenciar uma alteração do seu bem-estar ginecológico. Mais ainda, proporcionou-se medidas de conforto em qualquer situação abordada, através do olhar, do toque e da comunicação empática. Ramos e Bortagarai (2012), afirmam que as medidas de conforto são essenciais para o alcance do bem-estar e que devem pautar a prática clínica, mesmo que seja por comunicação não verbal, como o toque, deve-se demonstrar empatia e proximidade em relação à pessoa cuidada.

Das diversas experiências obtidas neste contexto, destacaram-se duas situações específicas associadas ao abuso físico e sexual da mulher e da criança. É de evidenciar que o SUOG deste Centro Hospitalar faz o despiste em menores de idade do género feminino, sendo estas

encaminhadas do Serviço de Urgência de Pediatria. Crê-se que independentemente da situação que leva a mulher a recorrer a um SUOG, os casos de abusos físicos e sexuais a menores são extremamente difíceis para o EEESMO ou para qualquer outro profissional de saúde que o acompanhe, pois para além de se tratar de um ser totalmente vulnerável e frágil, estas situações acarretam consequências graves com possíveis repercussões no decurso do seu crescimento e desenvolvimento físico e emocional (Cravo, 2018; França, Carvalho, Monteiro, Silva, Fernandes, Souza, Pinto & Peixoto, 2020).

Nestas situações peculiares a prestação de cuidados direcionou-se face à necessidade de identificação da história clínica, de avaliação clínica e de suporte emocional, num dos casos à criança e aos seus pais e no outro à adolescente e à sua mãe. De ressaltar que a difícil recolha de informação, o desconforto daquela criança e daquela adolescente quando observadas e a impotência face à tristeza espelhada no rosto daqueles pais, obrigaram a uma certa sensibilidade, assertividade e empatia nos cuidados prestados.

O EESMO deve ser capaz de desenvolver competências que lhe permitam reconhecer a multidimensionalidade destes casos e atuar de forma a alcançar um vínculo de confiança com a criança, para que esta fale sobre o assunto e permita uma adequada anamnese. Deve também, atuar de forma acolhedora, afetuosa e humanizada, mantendo o cuidado centrado apenas nesta, transmitindo segurança através das informações cedidas no decurso da observação e demonstrando-se paciente e compreensível com as suas recusas advindas da dor e do receio sentido (Cravo, 2018; França et al., 2020).

A experiência demonstrou que a literatura e a evidência científica são importantes na aquisição de conhecimento, mas que para além disso, deve-se ser dotado de competências humanas que permitam uma atuação centrada em todas as necessidades da pessoa cuidada. Muitas outras experiências marcaram o percurso, mas esta ficará presente na memória. Ouvir falar de um caso assim é entristecedor, mas vivenciá-lo é angustiante.

3.2. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Nesta vertente do cuidado à mulher enquanto ser inserido na família e comunidade durante o período pré-natal, em contexto de prática clínica, desenvolveram-se competências específicas enquanto futura EEESMO nos diversos contextos de EC, nomeadamente: nos CSP, no Serviço de Internamento de Grávidas e no SUOG.

No âmbito dos cuidados pré-natais, é evidenciado a importância da preparação/educação dos novos pais para a gravidez, parto, puerpério e transição para a parentalidade, sendo neste sentido que o EEESMO desempenha um papel de relevo enquanto agente promotor e motivador, fomentando a autonomia e impactando o reforço das convicções e competências da mulher/casal (DGS, 2015; ICM, 2015).

O EC na área dos CSP realizou-se numa UCC, o que possibilitou o acompanhamento de mulheres na consulta de saúde materna e no CPNP. É de salientar que devido às medidas governamentais decretadas em relação à situação pandémica atual, não foi permitida a permanência de acompanhantes em consultas ou exames, direcionando-se os ensinamentos exclusivamente à grávida.

Realizaram-se um total de 27 consultas de vigilância da gravidez e nestas efetuaram-se educações para a saúde com base no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, às mulheres grávidas nos três trimestres da gravidez, com vista a promoção da saúde pré-natal, avaliando-se as necessidades de informação da grávida e, se necessário, promovendo-se orientação sobre as temáticas identificadas (DGS, 2015).

As ações foram direcionadas para a adoção de estilos de vida saudáveis (relacionados com a alimentação, higiene, vestuário, eliminação de substâncias aditivas, atividade física, postura corporal, repouso e padrão sexual), para as possíveis alterações e desconfortos associados a cada trimestre da gravidez, para os sinais e sintomas de alarme descritos no Boletim de Saúde da Grávida (BSG) que requerem uma visita imediata ao médico, para os exames complementares de diagnóstico existentes com vista à prevenção de seroconversão quando não imunes em caso de patologias como a rubéola, toxoplasmose, sífilis, HIV, entre outras, para a necessidade de suplementação com ferro e ácido fólico, para as especificidades e importância da contagem dos movimentos fetais – contagem de *Cardiff*, para a necessidade de realização de profilaxia da isoimunização *Rhesus* em casos de não imunização, entre outros (DGS, 2000; DGS, 2015).

No que respeita a divulgação da temática em estudo, mais uma vez, as restrições impostas pela situação pandémica dificultaram a implementação de momentos formativos à equipa de enfermagem, tal como a elaboração de poster ou qualquer outro documento que tivesse que ser transformado num objeto em circulação. Por este motivo, uma das estratégias utilizadas nestas consultas para o alcance dos meus objetivos face à temática em estudo, foi a divulgação da importância da elaboração de um Plano de Nascimento (PN) junto da grávida, com vista ao seu empoderamento e aumento da sua literacia em saúde possibilitando-se com isto o incremento da sua autonomia no momento do parto e a sua compreensão face à necessidade de atuação do EEESMO.

Neste momento de partilha possibilitou-se o aconselhamento e encorajou-se a grávida a pronunciar-se em relação às suas preferências com vista ao alcance de uma positiva experiência de parto (OE, 2015). Segundo Martín-Badía et al, (2021) o princípio da autonomia pode ser determinado pelo respeito à tomada de decisão da mulher grávida, o que obriga ao fornecimento de informações precisas e acessíveis, para que esta as possa utilizar fomentando o seu bem-estar. Estes autores, revelam também que o apoio e empoderamento dado à mulher contribui significativamente para que encontrem a melhor forma de ver os seus desejos e preferências respeitados e para que sejam capazes de ser protagonistas no momento do parto. Castelo Branco et al. (2022), corrobora e reforça que plano de parto “instiga a comunicação entre os serviços de saúde primária, secundária e terciária, e isso é fundamental” (p.2) e que se manifesta como um instrumento importante relativamente ao estímulo da autonomia da mulher grávida, permitindo o resgate dos seus direitos reprodutivos, em virtude de fortalecer e identificar possibilidades, contribuindo para o alcance de uma atitude mais comunicativa por parte desta no momento do parto e nascimento.

A nível prático, neste contexto, realizaram-se observações físicas à mulher grávida, englobando-se avaliações de carácter exclusivo do EEESMO como a altura uterina, aplicação das manobras de *Leopold*, identificação do risco gravídico através da Escala de Goodwin Modificada e avaliação do bem-estar materno fetal através da auscultação dos batimentos cardíacos do feto (ABCF) (OE, 2014).

Relativamente ao CPNP, na atualidade, este curso permite a criação de um espaço de aquisição de conhecimento e debate, dando resposta a dúvidas, preocupações e interesses da grávida/casal, possibilitando ainda a sua capacitação para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade positiva e responsável (DGS, 2015).

A promoção da saúde em geral e a EpS em particular, contribuem ativamente para o empoderamento da população e aumento da sua literacia em saúde (Catford, 2011). No caso do

empoderamento do casal grávido, o EEESMO deve proporcionar ensinamentos que englobam temáticas associadas ao parto e, neste sentido, com base no contexto do EC, promoveram-se sessões educacionais em grupo no CPNP. Estas sessões efetuaram-se virtualmente dado o contexto pandémico permitindo assim, a presença do acompanhante da grávida. A aquisição de conhecimentos permite aos futuros pais uma tomada de decisão assertiva e consciente no que respeita o trabalho de parto e parto, analgesia, aleitamento materno, pós-parto e competências parentais.

No contínuo do ER, o EC em contexto de Internamento de Grávidas decorreu num Centro Hospitalar Universitário, encontrando-se este serviço afeto ao Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana. As grávidas provêm do SUOG ou da Consulta Externa e são internadas por alguma situação patológica, para indução ou início espontâneo do TP.

Durante o período em que ocorreu o EC neste contexto de cuidados, aproveitaram-se todos os momentos, sendo possível perceber-se a dinâmica do serviço e as intervenções específicas do EEESMO, em relação aos cuidados prestados à mulher durante o período pré-natal. Esta prestação especializada requer o envolvimento da mulher grávida nos cuidados de saúde, sendo por isso crucial a sua tomada de conhecimento e o seu consentimento. Silva, Nascimento e Coelho (2015), aludem que a tomada de decisão informada é uma exigência ética nos cuidados de saúde e um predicado imprescindível nos cuidados de enfermagem.

Variadas foram as oportunidades de aquisição de conhecimento, pelo acompanhamento de 51 grávidas, não só relacionadas com a monitorização da gravidez normal, como também da gravidez com patologia associada. Recorda-se a primeira vez que foi utilizado um Cardiotocógrafo (CTG) e como foi interessante entender a importância das manobras de *Leopold* para identificar o posicionamento fetal. O CTG possibilita a identificação de alterações da frequência cardíaca fetal (FCF) e da contratilidade uterina materna, permitindo uma atuação precisa do EEESMO que possibilita a redução da probabilidade de ocorrência de morbimortalidades neonatais (Silveira & Júnior, 2020). Evidentemente que a aplicação deste instrumento de avaliação do bem-estar materno-fetal, tal como a sua interpretação, requer conhecimento e nesse sentido colmataram-se as dificuldades com pesquisa de literatura e evidência científica.

Outros procedimentos e técnicas foram desenvolvidas na prestação de cuidados durante o EC neste contexto, tal como, avaliação dos sinais vitais, realização do toque vaginal, colheita de espécimes para análises, administração de terapêutica, avaliação de perdas hemáticas, aplicação de protocolos institucionais, pela existência por exemplo, de rotura da bolsa amniótica ou possibilidade de um parto pré-termo, pré-eclâmpsia, diabetes gestacionais, entre outras.

Destarte, torna-se importante referir que quando se fala de cuidados, independentemente da sua técnica, o que marca a diferença é o caráter personalizado e o pormenor do cuidar e isso foi realçado durante todo o EC. Recordar-se assim, um dos turnos efetuados, em que foi admitida no Serviço de Internamento de Grávidas uma mulher de 19 anos de idade, de nacionalidade brasileira, grávida de 23 semanas e 1 dia com o diagnóstico Oligoâmnios Grave, após recorrer ao serviço de urgência por uma rutura prematura de membranas. No momento da admissão apresentava um Índice de Líquido Amniótico (LA) de 9 mm e o feto encontra-se em apresentação pélvica, com boa vitalidade e com uma estimativa de peso de 730 g. A fluxometria das artérias, umbilical e cerebral, encontram-se com valores adequados para a idade gestacional segundo o descrito em diário clínico. Embora a gravidez tivesse corrido bem até este momento, o prognóstico era desfavorável, podendo-se ler em registos médicos que os cuidados deveriam ser baseados segundo uma atitude expectante face à sua situação de saúde e possibilidade de abortamento.

Numa fase inicial do internamento foi notório a sua fragilidade pelos seus 19 anos e sendo esta uma gravidez planeada e desejada, a tristeza associada ao diagnóstico clínico sobressaiu. Para além disto, a solidão causada pela ausência física dos seus conviventes significativos também esteve em destaque, sendo que as restrições de visitas impostas pela situação pandémica, apenas lhe permitia comunicação com o exterior por via virtual ou telefónica. Evidentemente que se prestaram cuidados, com disponibilidade, a todas as mulheres que se encontravam internadas no decorrer dos turnos, proporcionando-se cuidados dignos e permitindo-se o esclarecimento de dúvidas, mas perante esta situação procurou-se uma maior aproximação a esta mulher, mas sempre com respeito à sua privacidade.

No início a relação com esta pessoa foi difícil e em diversas vezes permanecia-se apenas em silêncio no meio de uma frase qualquer, onde se questionava sobre o seu bem-estar físico, psicológico e emocional. Mas com o passar dos dias a comunicação tornou-se eficaz, permitindo conhecê-la e compreender que o seu amor pelo bebé era proporcional à sua fé de que tudo iria correr bem. Santos (2020) refere em seu estudo que a espiritualidade e a saúde encontram-se associadas pela existência de doença que pode impactar no ser humano enquanto ser bio-psico-social. Evidencia ainda, que a fé na proteção de Deus representa um apoio espiritual que fortalece as mulheres de várias culturas, e que os profissionais de saúde devem ser capazes de compreender e produzir cuidados holísticos fomentando os momentos de partilha com a mulher grávida para que esta possa falar sobre os aspetos espirituais e psicossociais da gravidez.

Teixeira e Barbieri-Figueiredo (2015) dão visibilidade à importância da parceria nos cuidados de saúde, entre o enfermeiro e o utente, em questão de empoderamento como um

mecanismo que fomenta a promoção da saúde e o desenvolvimento de competências que visam a sua gestão. Com isto, para além do suporte e apoio que lhe era proporcionado para manter a sua crença, passou-se também a informar e promover sessões de EpS com vista ao seu empoderamento, como por exemplo o incentivar-se a ingesta hídrica pela evidenciada importância que tem no restabelecimento do volume do LA. Como revelado por Dertkigil et al. (2005), um dos métodos considerados não-invasivos, por não entrar na cavidade amniótica diretamente, é a híper hidratação materna por via oral ou endovenosa pelo significativo aumento do volume de LA, particularmente em grávidas com o diagnóstico de Oligoâmnios.

Manteve-se um contato próximo no decorrer dos dias com esta mulher. O parto aconteceu às 25 semanas e 5 dias de gravidez e o bebé cresceu sob cuidados e vigilância dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais até ao momento da alta clínica.

Nesta situação a finalidade primordial passou por providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação e bem-estar durante o período pré-natal perante a possibilidade de abortamento, dando-lhe suporte e apoio num momento de grande vulnerabilidade (Regulamento n.º 391/2019, 2019). Como futura EEESMO, espera-se nortear a prática clínica desenvolvendo-se uma relação terapêutica com base no conhecimento da mulher, estando-se e fazendo-se por ela, possibilitando-se e mantendo a sua crença, englobando-se quaisquer dimensões e fomentando o seu bem-estar físico e psicológico (Swanson, 1993).

Nesta caminhada, ainda neste contexto de cuidados, inúmeras foram as situações vivenciadas que permitiram um crescimento profissional e uma preparação para o EC em contexto de BP, principalmente aquelas que se encontravam associadas à indução do TP ou ao seu início. A prática clínica potenciou a hipóteses de experiência, nomeadamente em questões de monitorização do bem-estar materno-fetal, incluindo a avaliação dos parâmetros vitais, avaliação cervical com atenção à pelvimetria, avaliação do CTG e identificação dos diversos estádios do TP com devido encaminhamento para o BP quando estabelecida a fase ativa.

Vivenciaram-se também situações associadas à perda gestacional da mulher, sendo de salientar a dificuldade existente na abordagem comunicativa. Para Lemos e Cunha (2015), a mulher idealiza o seu bebé durante o percurso de uma gravidez, por isso quando surge uma morte fetal, toda esta construção representacional termina, resultando, comumente, em situações de negação, não aceitação e sofrimento. Os instantes de fragilidade, de silêncio e de choro podem ser uma forma de expressão de dor sendo essencial a prestação de cuidados personalizados. O EEESMO é detentor de capacidades que o permitem gerar, delinear, realizar e avaliar intervenções com vista ao suporte à mulher no período de luto em situações de abortamento como evidenciado na competência 2.3.8 do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

Neste sentido, e segundo as competências específicas de EEESMO a adquirir, promoveram-se momentos de escuta ativa e de respeito pela autonomia e poder de decisão da mulher, incluindo sempre que possível o companheiro. Evidencia-se que nestes casos específicos, possibilitou-se a presença de um acompanhante, mesmo que as condições impostas pela situação pandémica não o permitissem.

Respeitante às estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, aplicaram-se consoante a queixa e a clínica da mulher grávida. No caso de dor associada ao início do TP, estimulou-se a adoção de estratégias não farmacológicas, como a ida ao duche, encorajando-se a aplicação de água quente como um método de alívio da dor. Certamente que esta medida é evidenciada na literatura como potenciadora de bem-estar, realçada há muito por Lowdermilk e Perry (2008, p. 363) como “medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas para aumentar o conforto e o relaxamento durante o trabalho de parto” e por isso desenvolvida em contexto de EC.

Em diversos momentos as educações para a saúde visaram potenciar a aquisição de conhecimento, da mulher grávida, em questões de diminuição da dor física, sem esquecer os desconfortos provenientes da esfera emocional. Neste sentido, para além do apoio contínuo, informou-se sobre a existência e contribuição dos métodos não farmacológicos, como a musicoterapia, controle da respiração, massagem relaxante, entre outros, consentindo-se uma tomada de decisão esclarecida e a sua colocação no centro dos cuidados. Conforme OE (2015), deve ser garantida a oportunidade de uma escolha informada às mulheres, em relação às opções disponíveis durante a gravidez, parto e pós-parto, permitindo-lhes o controlo sobre as principais decisões relativas ao conteúdo e modo de prestação dos seus cuidados.

O desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais, no decorrer do EC neste contexto, foram fundamentais, e o conceito de parceria em enfermagem tornou-se imperativo contribuindo fortemente no empoderamento e capacitação da mulher grávida face às suas verdadeiras necessidades. Apesar das capacidades técnico-científicas exigidas pela profissão de Enfermagem, o cuidar deve ser baseado na pessoa cuidada e segundo uma perspetiva holística, estabelecendo-se uma relação terapêutica caracterizada pela parceria, respeito e valorização do outro cuidado (OE, 2015).

No contexto do SUOG foi oportuno participar-se na consulta de urgência, sendo uma vez mais, possibilitado o desenvolvimento de competências específicas. Em questões de observação física de grávidas, conseguiu-se acompanhar 39 mulheres, onde se efetuou identificação da história clínica, pesquisa de registos no BSG e observação de episódios hospitalares precedentes, possibilitando o conhecimento e a adequação da prática de cuidados relativamente à avaliação

do bem-estar materno-fetal. Uma vez mais, capacitou-se a grávida relativamente à identificação e interpretação de todas as situações que pudessem ser consideradas desvio do padrão normal da gravidez, para que fosse capaz de exercer a sua tomada de decisão e ação, devidamente esclarecida (OE, 2015).

Apesar do pouco tempo de prática clínica no SUOG, neste contexto encontrou-se um ambiente propício à aquisição de conhecimentos e habilidades na área da Saúde Materna e Obstetrícia, inclusive em situações de emergência obstétrica. Nesta vertente, presenciou-se um caso de hemorragia por descolamento prematuro da placenta e um prolapso do cordão umbilical. Apesar do caráter emergente das situações, manteve-se sempre a comunicação com a grávida, fornecendo-lhe informação acerca de todos os procedimentos implementados, estimulando a sua colaboração e contribuindo também para a diminuição dos seus medos. Silva, Evangelista, Feitosa, Evangelista e Nóbrega (2021) aludem, que perante situações de emergência obstétrica o EEESMO deve desenvolver um cuidado holístico com a finalidade de minimizar o sofrimento materno-fetal e, garantir a monitorização da situação de forma a avaliar possíveis complicações.

Ambas as situações permitiram a aquisição de competências em questões de diagnóstico precoce e na prevenção de complicações na saúde da grávida durante o período pré-natal e em situação de abortamento, como evidenciado na competência 2.2 do RCEEEESMO (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

3.3. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

A vivência do parto sempre foi considerada como um momento único e especial na vida da mulher, por ser um acontecimento repleto de significado e cercado de princípios e crenças culturais, sociais, emocionais e afetivas. É neste momento que a mulher transita na sua esfera feminina e passa a adquirir uma identidade ou papel na sociedade, ser Mãe.

ICM define Parteira como:

um profissional e responsável, que trabalha em conjunto com as mulheres para lhes dar apoio necessário e os conselhos e cuidados essenciais durante a gravidez, parto e período pós-parto. A parteira deve ser capaz de assumir toda a responsabilidade no momento do parto e de fornecer os cuidados necessários ao recém-nascido e ao bebé (Citado em Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.11).

O EEESMO como o profissional competente que “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de

otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, pp. 13562), deve trabalhar em parceria com esta e assumir o papel de seu defensor, respeitando a sua unicidade e as suas particularidades e possibilitando-lhe uma tomada de decisão consciente e informada (OE, 2015).

O EC em contexto de BP foi um momento bastante esperado e no seu decurso foram desenvolvidas competências no que respeita o cuidado à mulher e seus conviventes significativos nos diferentes estádios do TP e as intervenções executadas fundamentaram-se na Competência n.º. 3 do RCEEEESMO. As expectativas em relação a este desenvolvimento e às funções de EEESMO que irei adquirir eram imensas e foram alcançadas.

O primeiro contacto da mulher grávida com um ambiente hospitalar está diversas vezes relacionado com o início do TP. Este primeiro encontro é sem dúvida um encontro de estranhos e sendo este um ambiente que se encontra ligado a processos de doença, é por si só gerador de stress e medo na mulher que procura os serviços de saúde no momento do parto (APEO, 2009). O EEESMO deve ser detentor de habilidades que permitam a interação com a parturiente e seu convivente significativo, de forma fomentar a liberdade de expressão destes durante o Parto, tal como o esclarecimento de dúvidas ou precauções (OE,2015).

Na SP a principal cliente é a parturiente, mas são igualmente acolhidos como tal, o feto e o companheiro ou pessoa significativa (OE, 2021). O acolhimento não inclui apenas uma abordagem técnica, como a informação e implementação de práticas protocoladas, inclui também uma componente humana, que compreende a relação de ajuda, responsável por esta parceria que caracteriza e distingue a arte do cuidar em Enfermagem. A relação terapêutica estabelecida no decorrer dos cuidados, encontra-se igualmente interligada ao cariz pessoal que o Enfermeiro incide na ação e à intimidade exposta da pessoa cuidada. Nesta associação torna-se essencial que a pessoa que recebe cuidados se sinta respeitada e compreendida e para isso o Enfermeiro precisa ter uma consciência profunda dos limites da relação terapêutica (Pereira, 2015).

Todos os momentos passados no SP na qualidade de discente, foi imperativa a promoção do acolhimento à parturiente e seu convivente significativo, fazendo-se uma breve apresentação e respeitando-se a vontade destes, em relação à minha intervenção cuidativa num momento tão importante. Apesar do papel representativo de estudante em formação que se desempenhou, a forma como se criou empatia e, se demonstrou vontade de promover uma relação honesta de ajuda, fez com que esta particularidade não fosse um obstáculo para as parturientes e seus conviventes significativos com que se contactou.

É de salientar que devido à diversidade cultural das mulheres que procuram este contexto de EC, foi necessário adaptar os cuidados e a linguagem utilizada desde o acolhimento, de forma a serem prestados cuidados culturalmente sensíveis e obter ganhos em saúde.

Segundo Collière (2003), o estabelecimento de uma relação entre o profissional de saúde e o utente permite uma colheita de informação mais detalhada dando visibilidade às reais necessidades de cuidados. É evidenciado na literatura que o EEESMO deve estar apto ao processo de comunicação, demonstrando apoio e promovendo uma adequada relação terapêutica com a parturiente, que permita, não só, uma maior assertividade nos cuidados prestados, como também, a obtenção de conhecimento relativamente aos seus sentimentos e medos (Trindade et al., 2020).

O estabelecimento de uma comunicação eficaz foi privilegiado em todos os momentos de contato com os futuros pais, permitindo a evidência de diversas temáticas. Relativamente ao PN, a sua abordagem era destacada inicialmente, possibilitando, por isso, um conhecimento prévio sobre as expectativas e desejos da parturiente, ou se inexistência a possibilidade do seu estabelecimento tendo em atenção o idealizado. Segundo a OE (2015, p.39) “quando a mulher não apresenta um plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas” e segundo esta premissa assim se pautou a ação.

A promoção e aconselhamento da mulher face às suas decisões têm um cariz muito importante no incremento de um ambiente seguro “...garantindo intervenções de qualidade e risco controlado” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563). Para além do mais, o PN é um instrumento que promove a comunicação possibilitando o conhecimento de todos os intervenientes, em termos de direitos, riscos e alternativas (Cortés, Barranco, Jordana & Roche, 2015).

Tendo-se presente a temática em estudo, estimulou-se o autoconhecimento e a compreensão das parturientes e seu convivente significativo, através de informações cedidas com base na melhor evidência científica disponível e tendo em consideração os aspetos importantes para estes e para que o parto ocorresse de forma fisiológica e humanizada. Machado, Saraiva e Lima (2020) referem que uma vez dotadas de informação, as parturientes demonstraram-se mais centradas no seu processo de parto e nas suas ações, diminuindo riscos de possíveis complicações em casos de emergência. Fomentam também os contributos face à diminuição da VO, revelando que os profissionais de saúde envolvidos acabam por ter outra consciencialização sobre as condutas obstétricas, incrementando-se por isso o respeito pelas escolhas da parturiente e eliminação de atos de negligência ou abuso durante o parto.

Ainda, de forma a aprofundar os conhecimentos da parturiente e seu convivente significativo, foram igualmente questionadas acerca da frequência no CPNP. É de destacar que algumas das parturientes acompanhadas já se encontravam familiarizadas com meu processo formativo, pois durante o período de EC contextualizado em CSP foi dada formação sobre diversas temáticas, englobadas no CPNP, a estas mulheres e seus companheiros sendo este um ponto positivo na minha formação e face ao objetivo em estudo.

No contacto com todas as parturientes e seus conviventes significativos, adequou-se a linguagem com recurso à seleção de palavras, pois segundo OE (2015) a comunicação e linguagem são fatores essenciais no trabalho executado pelo EEESMO, podendo ter um caráter dificultador ou facilitador no processo de parturição. É exemplificado com a questão da dor, quando enfatizam a importância da desmistificação do lado negativo deste termo, sugerindo a substituição, por exemplo, pela palavra desconforto (OE, 2015).

Falando-se de desconforto, a sua gestão no TP deve ser uma prioridade do EEESMO, sendo que o bem-estar físico e emocional se encontra diretamente ligado a este fator. Por isso, todos os desconfortos provenientes da esfera sensorial, emocional e ambiental devem ser abolidos (OE, 2013).

Em relação a esta componente, foram priorizados os cuidados associados à questão da dor durante o TP, recorrendo-se a estratégias farmacológicas e não farmacológicas baseadas na melhor evidência científica disponível (Lowdermilk e Perry, 2008; OE, 2013). Bastante importante no processo de ensino-aprendizagem foi a orientação dada por parte das Enfermeiras Orientadoras, pois para além da sua experiência na área também são dotadas de conhecimento que possibilitou assertividade nos cuidados prestados. Neste sentido e mais uma vez, foi salientada a contribuição dos métodos não farmacológicos, como a musicoterapia, técnicas respiratórias, massagem relaxante e posições não supinas no primeiro estadió do trabalho de parto que poderiam ser uma alternativa às medidas farmacológicas ou mesmo aliadas.

Lowdermilk e Perry (2008), revelam a importância de uma correta avaliação inicial no alcance de dados que permitam determinar a condição de saúde da mulher e do feto, bem como o progresso do trabalho de parto. A OE (2015) evidencia a importância do diagnóstico prematuro face à prevenção de complicações na saúde da parturiente e do feto e, nesse sentido, foram inicialmente identificados fatores de risco e antecedentes pessoais através da colheita de informação por parte da parturiente e do BSG, permitindo a aquisição de conhecimento e uma atuação mais centrada e assertiva. Similarmente, executou-se uma apreciação física através das manobras de Leopold (identificação da posição fetal no útero materno), do toque vaginal

(avaliação cervical com atenção à pelvimetria e avaliação da variedade) e da monitorização dos parâmetros vitais.

Em questões práticas, no decorrer do EC em contexto de SP, não se sentiu dificuldade nas avaliações acima referidas, contudo a avaliação da pelvimetria óssea considerou-se um processo de maior complexidade pela abordagem relacionada com mediação de ângulos que nos auxiliam no processo de identificação de incompatibilidades feto-pélvicas. Tal como refere Benner (2001) a perícia alcança-se e fortalece-se por contributo da experiência e quando posicionada ao lado da prática e nesse sentido considera-se que futuramente com base na experiência estas avaliações terão um carácter mais simples.

No decurso do período em que se acompanhou as parturientes em SP foi assegurada a avaliação do seu bem-estar, recorrendo-se ao CTG para avaliação da frequência e a intensidade das contrações uterinas e a outras técnicas com incidência na “vigilância do estado geral e de sinais vitais, fluídos administrados, eliminação vesical, hidratação oral e comportamentos” (OE, 2015, p. 42). Solicitou-se ainda a colaboração da equipa multidisciplinar quando observados desvios do padrão normal ou alterações associadas a patologias existentes, como Diabetes Gestacional ou Pré-eclâmpsia, pois é de máxima importância a otimização das condições de saúde materno-fetais, sendo este um dos objetivos major de qualquer cuidado prestado pelo EEESMO.

Não menos importante se encontra a avaliação do bem-estar fetal e, nesse sentido, foram executados todos os cuidados necessários para garantir uma resposta atempada em situações de risco. Um dos recursos utilizados foi a monitorização fetal intraparto, recorrendo-se ao CTG, pois permite-nos também uma classificação assertiva do bem-estar fetal. Na sua avaliação é possível conhecer a linha de base ou FCF basal do feto, a variabilidade da FCF e a presença de acelerações ou desacelerações, tendo por isso um considerável valor preditivo na identificação de complicações associadas com hipóxia e/ou acidose fetal. Permite ainda compreender o comportamento do feto quando aplicadas medidas interventivas e no simples decurso do TP pela possibilidade de registo da dinâmica uterina (Ayres-De-Campos et al., 2015; Santo et al., 2017).

O companheiro ou a pessoa significativa foi igualmente cuidada e acompanhada, considerando-se as suas necessidades e estabelecendo-se uma parceria em prol do planeamento de cuidados centrados na parturiente, pois segundo a OE (2021) o EEESMO “Cuida da pessoa significativa que acompanha a parturiente, contribuindo para uma experiência positiva de apoio no parto” (p.5).

Investiu-se no alcance das competências específicas de EEESMO e independentemente do decurso dos TP acompanhados, das situações imprevistas ou das ações dos futuros pais,

procurou-se sempre suprimir quaisquer necessidades mesmo que os conhecimentos fossem deficitários, colmatando-se as lacunas com procura de evidência científica atual.

Nesta experiência enriquecedora que foi o EC em contexto de BP, também se presenciou imensas vezes a exaustão materna no TP, ao ponto de se manter presente no pensamento frases como “não vou aguentar até ao fim” ou “não tenho força”. O empoderamento por parte do EEESMO em relação à parturiente e seu convivente significativo marca a diferença em SP num momento tão delicado, tornando a mulher menos vulnerável, mais corajosa e determinada. Contudo existem períodos de cansaço em que é necessário que esta intervenção seja direcionada ao suporte emocional e psicológico, por isso foi disponibilizado tempo para apoiar e motivar os futuros pais proporcionando *feedback* positivo constantemente.

Das 79 parturientes acompanhadas em SP, foram realizados 41 partos eutócicos de apresentação cefálica e colaborou-se em sete partos distócicos, colaborando-se na prestação dos primeiros cuidados aos RN. Quanto às restantes parturientes, acompanhou-se o trabalho de parto total ou parcialmente, porém o parto ocorreu no turno seguinte não sendo possibilitado a participação nesta fase tão importante.

O parecer do EEESMO tem sido um elemento de peso na tomada de decisão da mulher/casal durante o parto e, por isso, torna-se importante salientar a urgente necessidade de formação e capacitação do EEESMO para que seja capaz de criar condições para uma escolha informada e segura (OE, 2015; OE, 2021).

Neste sentido, nos partos acompanhados, no decurso da fase ativa, manteve-se uma atitude expectante respeitando o tempo da parturiente, motivando-a e apoiando-a. Nos momentos de espera, tentou-se assegurar a integridade do períneo, priorizando sempre que possível, a massagem no local com recurso ao uso do gel lubrificante e a aplicação de calor recorrendo à colocação de compressas humedecidas com água quente, pelas suas positivas contribuições na prevenção de lacerações no momento da expulsão fetal (Couto & Carneiro, 2017). A OMS (2018), reforça a importância da adoção de estratégias que diminuam ou previnam a incidência de trauma perineal, estando no seu enfoque a comunicação e suporte contínuo à parturiente, a adoção de posicionamentos adequados ao segundo estadio do TP, a massagem perineal antes e durante o parto, e a diminuição do manuseamento do períneo “*Hands off*” com a premissa do seu suporte intraparto.

O parto, contrariamente à gravidez, é um processo abrupto e por isso introduz apressadamente uma panóplia de modificações. É um evento biológico, mas definido também pelo caráter social e cultural dos progenitores, repercutindo-se assim no comportamento de ambos perante esta conjuntura (Lowdermilk & Perry, 2008).

No momento do nascimento procurou-se manter o suporte às parturientes/casal. A capacitação destes intervenientes incluiu também uma abordagem ao papel do convivente significativo, de forma a se garantir a sua participação ativa em relação ao foco de atenção neste momento. Tal intervenção teve uma conotação muito positiva nos partos executados, pois para além de a parturiente se sentir apoiada, ainda se conseguiu que o convivente significativo tivesse um papel mais ativo junto desta.

Num dos partos distócicos acompanhados presenciou-se uma distócia de ombros, permitindo-se por isso a colaboração na manobra de *McRoberts* e de pressão supra-púbica, que foram eficazes na resolução da situação. Mais ainda, solicitou-se sempre a presença do Médico Pediatra antecipadamente aos partos.

Independentemente do tipo de parto, foi promovido o contato imediato de pele a pele entre a mãe o RN, sempre que a condição clínica de ambos o permitisse ou caso não acontecesse era concretizado assim que possível. Neste sentido, de forma a garantir a sua implementação promoveu-se a capacitação da parturiente e do seu convivente significativo na realização deste contato e providenciou-se igualmente um ambiente acolhedor.

É bem evidente na literatura que o contato precoce pele a pele tem uma influência positiva pela estimulação sensorial produzida entre a mãe o RN quando se encontram em interação e, os seus benefícios são foco de atenção para a comunidade científica e carecem de muito pouco para que sejam efetivos. Em termos de exemplo, temos a diminuição do tempo de dequitação pela potencialidade de incrementar os níveis de ocitocina no pós-parto imediato favorecendo a contração uterina, o estímulo para um processo de amamentação precoce, a manutenção dos níveis de glicose no sangue prevenindo episódios de hipoglicémias do RN, a manutenção da temperatura prevenindo a hipotermia do RN, a estabilização de alguns parâmetros cardíacos ou respiratórios do RN, na diminuição do stress, logo na sua sintomatologia, tal como na prevenção de sintomas depressivos e de ansiedade no pós-parto (Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry, 2008; OE, 2013).

Em relação à laqueação do cordão umbilical, é evidenciado que deve ser efetuada o mais tardiamente possível e evitada antes do primeiro minuto de vida do RN, de forma o incrementar os níveis de hemoglobina no momento do nascimento, tal como nos primeiros meses de vida (OMS, 2018; WHO, 2013). Por isso, nos partos realizados, aguardou-se cuidadosamente pelo momento em que o cordão umbilical parasse de pulsar, procedendo-se posteriormente à sua laqueação e, garantindo-se com isto o favorecimento da transfusão placentária. Ainda nesta situação, solicitou-se o consentimento informado para esta prática (em todos os partos

executados) e possibilitou-se, se desejo da parturiente ou do seu companheiro significativo, que fossem protagonistas deste momento seccionando o cordão umbilical.

Após esta abordagem ao primeiro e segundo estágio do TP, em que se alcançou competências relativamente à promoção da saúde da mulher e do RN durante o trabalho de parto (Competência nr. ° 3.1 do RCEEESMO), passa-se a narrar a experiência associada ao terceiro e quarto estágio do TP.

No terceiro estágio do TP ocorre a dequitação, sendo que se inicia após o nascimento do RN e finda com a expulsão da placenta. Este acontecimento pode acontecer de forma fisiológica nos primeiros cinco minutos até uma hora após o parto (Sequeira et al., 2020; Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008). O EEESMO deve ser detentor de conhecimentos, práticas e juízo crítico para saber optar por uma conduta ativa ou expectante consoante cada situação (OE, 2015; OMS, 2018) e, neste sentido, não se constatando comprometimento do bem-estar materno, respeitou-se o tempo fisiológico e aguardou-se pelos sinais de dequitação, mantendo todas parturientes acompanhadas informadas. Nas diversas experiências de parto obtidas, verificou-se a saída da placenta pelos dois mecanismos de descolamento: *Duncan* (exteriorização da face materna) e *Schultz* (exteriorização da face fetal) (Sequeira et al., 2020; Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

Após este processo recorria-se sempre à mesa de parto onde se encontrava a placenta e observava-se, reconstituindo-se a câmara amniótica para garantir a integridade das membranas. Em nenhum das ocasiões em que se realizou o parto, se constatou alterações na placenta, como a sua fragmentação, contudo num dos partos distócicos presenciados, o médico assistente precisou recorrer ao exame ecográfico para excluir a presença de conteúdo ovular na cavidade uterina. A aquisição de competências em relação à identificação dos sinais de dequitação e da placenta foram alcançadas no decorrer do EC em contexto de SP.

Em relação à identificação da formação do globo de segurança de *Pinard* e das perdas hemáticas foi desenvolvido essa ação com competência, contribuindo para o bem-estar materno face às situações de emergência, como uma hemorragia. Não menos importante, observou-se o canal de parto e, nos casos de presença de laceração ou episiotomia, recorreu-se à técnica de correção através da sutura, tendo sido oportuno a realização de 7 episiorrafias /perineorrafias nos 41 partos realizados.

Quanto à técnica de episiotomia, através da incisão cirúrgica feita ao nível do períneo no momento do parto, foi evitada na maioria dos partos realizados. No decorrer do EC em SP, tendo em vista a promoção do parto natural, foram executadas apenas 4 episiotomias. A sua realização,

para além de muito seletiva, casou imenso desconforto na prática clínica e, pode-se afirmar que não se alcançou a destreza na sua realização.

É importante clarificar que a prática rotineira da episiotomia, segundo a literatura, deveria ser suprimida, uma vez que só está indicada em situações específicas que possam resultar numa severa lesão do períneo ou em sofrimento fetal, mas ainda assim questionáveis (Graça; 2017; OMS, 2018; Regulamento n.º 391/2019, 2019).

A realização de suturas foi um momento bastante esperado e desafiante, pela técnica em si e por ser algo novo. Foi uma técnica em que rapidamente se desenvolveu a destreza manual e adquiriu autonomia na execução da mesma. A avaliação da integridade do canal de parto é da competência do EEESMO devendo estar apto na aplicação de técnicas de reparação e perante situações que estejam para além da sua área de atuação deve saber o momento de referenciá-las (OE, 2015).

Relativamente ao quarto estadio do TP, este ocorre nas primeiras duas horas após o parto e é designado de período de puerpério imediato, sendo fundamental a vigilância da puérpera e do RN (Lowdermilk & Perry, 2008). Neste sentido, depois da transferência das puérperas para a unidade de recobro, promoveu-se a amamentação ainda na 1ª hora de vida dos RN, prestando-se cuidados direcionados a esta temática. Incentivou-se igualmente a ingesta alimentar das puérperas, se as condições reunidas o permitissem, assegurou-se a crioterapia no períneo, com vista a diminuição do edema, avaliou-se os desconfortos existentes e manteve-se de forma geral a vigilância de ambos.

Nas avaliações efetuadas, para além da avaliação hemodinâmica da parturiente, observaram-se as mamas, nomeadamente a sua consistência, as características dos mamilos e a existência de colostro, o tónus uterino, nomeadamente as suas particularidades associadas ao globo de segurança de *Pinnard* e a sua localização, o canal de parto a fim de se confirmar o estado dos tecidos, as características dos lóquios, a presença de edema.

Para terminar as intervenções, incentivou-se as puérperas a urinar espontaneamente ou, em caso de presença de globo vesical que impedisse a avaliação uterina, procedia-se ao seu esvaziamento recorrendo à técnica assética e removeu-se os cateteres epidurais se presentes.

Avaliado o estado geral das puérperas e dos RN cuidados, procedeu-se à transferência da díade para o internamento, mas antes disponibilizou-se informação a estas e seus companheiros significativos, das medidas impostas pela situação pandémica no que respeita as visitas no período de internamento. Todas estas observações e intervenções detalhadas objetivaram o alcance da competência nr.º 3.2 do RCEEESMO onde se lê “Diagnostica precocemente e previne

complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, pp. 13563).

Findada a descrição deste percurso moroso mas enriquecedor em termos de aprendizagem, é de salientar que todas as intervenções realizadas em contexto de SP, foram registadas nos respetivos processos clínicos e partogramas das parturientes acompanhadas. Esta última ferramenta de avaliação, o partograma, tem sido classificada como um utensílio fundamental no TP por permitir o seu registo e a sua avaliação, facultando informações importantes ao EEESMO e permitindo o diagnóstico de complicações (OE, 2015).

3.4 Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO no cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

Nesta vertente do cuidado à mulher enquanto ser inserido na família e comunidade durante o período pós-natal, em contexto de prática clínica, desenvolveram-se competências específicas enquanto futura EEESMO nos diversos contextos de EC, nomeadamente: nos CSP e no Serviço de Internamento de Puerpério.

O período pós-natal é identificado como o período que se inicia imediatamente após o parto, até ao momento que se verifica o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao estado não grávido, compreendendo mais ou menos seis semanas. É ainda, um período onde ocorre, não só o reajustamento das restantes estruturas anatómicas e dos processos fisiológicos, mas também de enquadramento psicológico, emocional e social face às alterações sucedidas com o nascimento de um bebé (DGS, 2015; Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

O nascimento de um filho é um acontecimento impactante na vida dos pais, e obriga-os a uma reestruturação e transformação nas suas vidas. Nesta nova etapa, o EEESMO surge como um profissional capaz de suprimir a falta de informação e orientação dos pais, possibilitando-lhes uma tomada de decisão esclarecida e uma experiência positiva da parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2008).

Na assistência à mulher na vivência dos processos de saúde/doença durante o puerpério, o EEESMO está capacitado para a prestação de cuidados especializados e de qualidade que nele são exigidos e habilitados para avaliação e identificação de necessidades de saúde e de informação apresentados pela puérpera e pelo RN. O EEESMO é também dotado de competências para atuação junto da mulher/casal considerando a sua unicidade, atuando com sensibilidade cultural, de forma responsável e ética, dando real importância à necessidade da individualização dos cuidados (OE, 2015).

No EC em contexto de Internamento de Puerpério, consolidaram-se conhecimentos e desenvolveram-se competências específicas essenciais aos cuidados que são prestados pelo EEESMO, quer por orientação por parte da Enfermeira Orientadora, quer pela pesquisa de evidência científica que se efetuou diariamente de forma a colmatar as dúvidas existentes e a enriquecer as competências que se propôs alcançar.

No período de puerpério a assistência à mulher é fulcral e neste sentido, no decurso do EC, priorizou-se a atuação face à promoção da sua saúde e da do RN, ao diagnóstico precoce, à prevenção de complicações no período pós-natal e à providência de cuidados nas situações que poderiam afetar negativamente a saúde de ambos. Estas competências são alicerçadas nos saberes científicos, técnicos, e humanos descritos no Regulamento n.º 391/2019 do RCEEEESMO, evidenciado na competência nr.º 4 “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Regulamento n.º 391/2019, 2019).

A humanização dos cuidados pós-parto, visa pautar o alcance máximo do bem-estar da puérpera e do RN, sendo que se torna essencial a sua personalização, a identificação dos direitos da mulher e a sua defesa, o incessante acompanhamento e uma harmonia dos cuidados com conforto e segurança (Ascensão, 2016). Neste sentido, no decorrer do EC neste contexto de cuidados, acompanharam-se setenta e uma puérperas e sessenta e nove RN, privilegiando-se os momentos de acolhimento no momento de admissão. Como já enfatizado anteriormente noutros subcapítulos, o acolhimento é um momento importante, nesta vertente específica, para adequação e efetivação dos cuidados que serão prestados à puérpera e ao RN é determinante para o alcance da sua confiança, facilitando a sua orientação e integração, tal como possibilitando a redução de potenciais problemas relacionados com a hospitalização.

Na observação das puérperas e RN efetuou-se uma avaliação mais pormenorizada e direcionada às possíveis alterações que surgem nas primeiras horas do puerpério e que carecem de muita atenção pelas repercussões que poderão ter na vida da mulher. É importante considerar a existência de certos indicadores tradutores de certa complexidade na saúde puérpera que carecem de avaliação, particularmente relembra-se de um episódio com uma das puérperas acompanhadas, após o seu pedido de observação por referir mau estar e dor intensa na região supra púbica, e após avaliação dos sinais vitais, se ter constatado que se poderia estar perante uma atonia uterina por presença de taquicardia, hipotensão e hemorragia. Neste quadro específico, estas avaliações devem ser interpretadas conjuntamente com a involução uterina e características do útero, nomeadamente o seu tamanho e consistência (Lowdermilk & Perry, 2008).

Em caso de parto distócico por cesariana, pela possibilidade de risco acrescido de complicações, as atitudes terapêuticas são mais exigentes. A possibilidade de hemorragias, lesão dos órgãos pélvicos, transtornos tromboembólicos e complicações infecciosas, estão em maior destaque e as primeiras 24 horas pós-cirurgia são cruciais (Lowdermilk & Perry, 2008).

No período de internamento, procurou-se auxiliar as puérperas e RN na adaptação a esta nova fase, contemplando-se avaliações diárias e procurando-se fazer um adequado diagnóstico das situações, possibilitando o ajuste das informações e cuidados cedidos neste período. Forneceu-se igualmente informação e orientação acerca dos recursos existentes na comunidade, que se encontram aptos, para responder às necessidades destes após a alta clínica, permitindo-se assim uma deliberação sustentada e assegurando a continuidade dos cuidados de enfermagem e se possível por um EEESMO.

Mais ainda, privilegiou-se os momentos de partilha, possibilitando-se por isso EpS sobre as alterações físicas e psico-emocionais particulares deste período, as características dos lóquios e sua durabilidade, o modo que decorre a involução uterina, as modificações a nível vaginal, mamário, intestinais, entre outros. Ainda neste seguimento, informou-se as puérperas das mudanças que podem surgir no âmbito da sexualidade, bem como acerca dos métodos contraceptivos que lhes permitem uma escolha segura e adaptada às necessidades específicas deste período.

O período de puerpério engloba diversas alterações, nomeadamente as hormonais e obriga a uma nova adaptação na vida da mulher/casal, sendo que a mulher se encontra mais vulnerável e com maior propensão de desencadear ou agravar perturbações psiquiátricas. Neste sentido foi focada a importância da saúde mental e a promoção de estilos de vida saudáveis neste período, tal como, um adequado acompanhamento para que seja possível a identificação de complicações associadas a um processo depressivo (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

Em relação ao processo de transição para a parentalidade, acompanhou-se, durante o período de internamento, as puérperas e o RN e incluiu-se, sempre que possível, através do contato telefónico ou por videochamada, o pai que se encontrou ausente devido às restrições impostas pela situação pandémica. Nesta vertente, projetaram-se, executaram-se e avaliaram-se as intervenções direcionadas à adaptação para a parentalidade, englobando a vertente física e emocional com ênfase na relevância da vinculação da tríade, tal como a adaptação ao RN no seio familiar. Relativamente aos cuidados ao RN, efetuaram-se EpS às puérperas/casal sobre a alimentação, padrão urinário e intestinal, oscilações do peso, o coto umbilical, entre outros, com vista a capacitação e autonomia dos pais autónoma na mobilização de saberes e na tomada de decisão conjunta.

Aqui, reconheceu-se os conhecimentos da puérpera acerca das necessidades do autocuidado após o parto e os cuidados ao RN, realizando-se posteriormente ensinamentos em pequenas sessões de EpS disponibilizadas, empoderando-se assim a mulher para que seja autônoma na mobilização de saberes e desenvolva as suas capacidades com independência, reconhecendo as complicações possíveis do período puerperal.

A passagem por este contexto de EC, permitiu obter uma melhor perspectiva face à necessidade de cuidados de qualidade que exige. A mulher como ser único e com as suas particularidades passa por momentos de bastante vulnerabilidade pelas alterações que ocorrem no seu corpo e a obrigam a uma reestruturação em todas as suas vertentes enquanto pessoa. O seu bem-estar é soberano, e é neste ponto que se torna crucial o seu empoderamento e monitorização, para que seja capaz de se auto afirmar enquanto mulher/mãe/companheira e firmar ainda o seu lugar na tríade com confiança.

Na área dos CSP, o EC possibilitou, como já referenciado o acompanhamento de mulheres no CPNP e, nesta vertente de cuidados, disponibilizou-se sessões de EpS no período pós-natal. Entre as diversas sessões apresentadas, incluídas no CPNP, foram elaboradas no âmbito do EC duas sessões distintas, uma relacionada com a temática deste relatório (abordada no subcapítulo seguinte) e outra sobre o aleitamento materno (apêndice VIII) , possibilitando a premissa da transmissão de informação/evidência atualizada, pertinente e adequada à população-alvo como um recurso ao empoderamento destas na vivência do pós-parto.

No decorrer do CPNP as sessões direcionadas ao pós-parto contaram com a presença de trinta e duas mulheres/casais e neste contínuo promoveram-se ensinamentos sobre diversas temáticas. Relativamente ao aleitamento materno, evidenciou-se os sinais de uma pega correta, os posicionamentos a adotar durante o processo de amamentação e quanto às frequências das mamadas incentivando a livre demanda (reforçando-se a ideia que o bebé deve mamar entre oito e dez vezes, nas vinte e quatro horas do dia, até ao primeiro mês de vida). Alertou-se também para os sinais de fome que podem ser apresentados pelo RN, as especificidades do leite, o processo de extração de leite e sua eventual necessidade no processo de amamentação, tal como o seu armazenamento. Abordaram-se também os cuidados face à prevenção de complicações e tratamento de alterações na estrutura das mamas, como os mamilos fissurados e o ingurgitamento mamário.

Em todas as sessões lecionadas pretendeu-se efetivar um planeamento dos cuidados essenciais, tendo em conta o tipo de parto e o período em que decorre o puerpério, implementando-se intervenções e fortalecendo-se os ensinamentos com a prática clínica que objetivaram a recuperação após o parto, com incentivo à mobilidade, atividade física e adoção

de exercícios como os hipopressivos e *Kegel*, pelos benefícios que tem na recuperação da musculatura abdominal e pélvica e intervenções direcionadas para melhorar a postura corporal, principalmente quando são prestados os cuidados ao RN.

Estas sessões permitiram o desenvolvimento de competências de planejamento, organização e concretização e, sobretudo, competências específicas de EEESMO no que respeita à promoção da saúde e ao processo de tomada de decisão esclarecida, reforçando que as mulheres/casais são agentes ativos na vivência da parentalidade no período pós-natal.

3.5 Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do EEESMO na prestação de cuidados especializados na prevenção da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto.

Ao longo dos diversos EC's, a temática da VO no parto sob a perspectiva do EO escolhida para este relatório, foi sendo desenvolvida segundo as especificidades de cada serviço por onde se passou. Devido à pouca pertinência ou inadequação em alguns contextos, apenas se trabalhou a temática nos CSP, no Internamento de Grávidas e no BP (SUOG), excluindo-se assim, os restantes serviços, nomeadamente Internamento de Ginecologia, Puerpério e Neonatologia.

No EC, em contexto de CSP foi desenvolvida uma sessão de EpS onde o tema da VO foi abordado, sendo uma das estratégias utilizadas para o alcance do objetivado. Após autorização da Professora Orientadora e parecer positivo da Enfermeira Orientadora, realizou-se uma sessão aos pais/companheiros/casal, incluída nas sessões do CPPN, intitulada de **“O papel do pai/companheiro na família – elo de ligação”** (Apêndice IX). A escolha do público-alvo foi feita tendo em conta a impossibilidade de se direccionar a sessão aos Enfermeiros, devido às restrições impostas por esta unidade de saúde face à situação pandémica atual.

A finalidade desta sessão visou o aumento da literacia em saúde, capacitação do casal para o seu novo papel, visibilidade do papel do pai como agente intermediário e interventivo no parto e, ainda, o desenvolvimento da temática da VO. No que concerne o planeamento fundamentado da sessão de EpS (Apêndice X), salienta-se que foi enviado por email para as participantes do CPPN e, a apresentação decorreu no mês de abril de 2021, por videoconferência através do aplicativo Teams, no dia e horas agendadas. Para responder às necessidades identificadas foram abordados os seguintes conteúdos: o papel do pai/companheiro no parto, a VO no parto e o papel do pai na prevenção da VO no parto.

Antes de se iniciar esta sessão, questionaram-se, as grávidas e companheiros, sobre o conceito de VO e a sua prática no parto, obtendo-se o seu *feedback*. Das respostas obtidas, foi possível concluir que VO refere situações de desrespeito pela autonomia e desejos das parturientes e formas de tratamento desumanizado. Mais ainda, foram relatados alguns episódios, com base no que era consumido através das redes sociais, onde constava a existência de abuso de autoridade por parte dos profissionais de saúde, que mantêm o recurso a técnicas e procedimentos sem autorização. Revelou-se com isto, que estes casais apresentavam uma noção superficial da VO e da sua prática, mas, ainda assim, que careciam de uma maior capacitação para compreender a temática, os cuidados prestados durante a vivência do parto e o que era ser agente ativo e conhecedor dos seus direitos.

O papel do homem como acompanhante e fonte de apoio da parturiente é relativamente recente na nossa sociedade, no entanto, a sua importância é reconhecida por todos os profissionais da área da saúde materna e obstétrica (Carvalho, 2003). Galle, et al. (2020) em seu estudo, reconhecem o valor do acompanhante durante o parto e a positiva repercussão no bem-estar da mulher. Para além disso, referem que a sua presença possibilita o seu testemunho relativamente aos cuidados que são prestados à parturiente num momento de maior vulnerabilidade. Em suas conclusões ressaltam ainda, a importância da preparação dos parceiros masculinos durante os cursos de preparação para o nascimento como uma estratégia positiva a adotar.

O EEESMO como profissional que “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde... promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento n.º 391/2019, 2019, pp. 13562), deve fazer chegar o conhecimento às grávidas/casais para que estes possam ser dotados de informação pertinente e com base científica, sendo esta uma estratégia importante no empoderamento destes na gravidez, no parto e no pós-parto.

No EC em contexto de BP, para além de uma abordagem humanizada face aos cuidados que se prestaram, foi evidenciada junto das parturientes/casal/companheiros significativos a importância do PN, como já abordado no subcapítulo 3.3, por ser uma ferramenta de auxílio que contribui para a excelência dos cuidados prestados pelo EEESMO. Nos casos em que não se constatou a existência de PN, promoveu-se momentos de escuta procurando-se compreender quais as necessidades presentes, os conhecimentos sobre o parto e os medos ou receios das parturientes/casal/companheiros significativos. Segundo a OE (2015, p.39) “quando a mulher não apresenta um plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências e sentir que estas são suportadas”.

No decurso da prática clínica em SP, tendo-se alcançado uma relação empática e terapêutica com todas as parturientes acompanhadas, foi assegurado um cuidado com base no respeito pelos seus direitos e dignidade. Para além de se ter alcançado conhecimento da mulher, foi possível ainda reconhecer as suas necessidades, os seus receios relativamente ao cenário encontrado na SP e aos profissionais de saúde que as acompanham e, os seus conhecimentos acerca dos direitos e deveres enquanto utilizadores de uma Unidade de Saúde Hospitalar.

Após análise dos resultados obtidos na SR e, após esta experiência em SP, efetivou-se a transferência de conhecimentos da temática em estudo, por meio de um momento formativo direcionado aos Enfermeiros deste serviço. Para além deste grupo ter tido a possibilidade de explorar os seus pontos de vista, a partir da reflexão do tema em estudo, ainda conseguiram partilhar as suas experiências e expor as suas dúvidas.

A sessão teve como título **“Violência Obstétrica no Parto”** (Apêndice XI) e ocorreu no mês de novembro de 2021, presencialmente e virtualmente de forma a permitir a presença de um maior número de Enfermeiros. O planeamento fundamentado da sessão de EpS encontra-se no Apêndice XII. Realizada na sala de formações do SUOG e através de videoconferência pelo aplicativo ZOOM, no dia e horas agendadas decorreu sem intercorrências. Esta sessão foi avaliada pelos participantes que referiram que os conteúdos abordados tiveram bastante interesse sendo muito adequados no contexto da prática clínica.

Nesta ação, para além da divulgação da temática em estudo, da abordagem do PN como um instrumento que amplia o conhecimento sobre o casal cuidado e que permite a escolha informada e consentida destes, ainda foi possível a reflexão com toda esta equipa acerca dos relatos das parturientes/casais acompanhados. Não menos importante, ainda se evidenciou o que se encontrava descrito na comunicação social e redes sociais sobre a VO, de forma que obtivessem uma consciencialização do que é dito na atualidade.

É de salientar que a clareza da informação cedida, baseada em evidência científica atualizada, possibilitou o desenvolvimento de uma sessão mais rica e direcionada à temática da VO no Parto, proporcionando-se com isto um debate positivo e logo um maior conhecimento do EEESMO e, restante equipa de Enfermagem, enquanto agentes cuidadores que facultam informação, educação e aconselhamento.

Nesta formação estiveram presentes 22 Enfermeiros, dos quais 15 são EEESMO, uma Médica Obstetra e a Enfermeira Chefe do SUOG. Os parâmetros inicialmente calculados para a sessão, como o tempo, espaço físico e equipamento utilizado estiveram de acordo com o

esperado. Em relação à avaliação da sessão, disponibilizou-se um questionário, que após a sua avaliação, obteve-se um feedback positivo e uma atribuição classificativa muito boa face aos conteúdos abordados e à formadora.

A VO carece de um maior enfoque no dia a dia dos profissionais de saúde, de forma a ser compreendida, não banalizada e erradicada dos cuidados fornecidos às mulheres em trabalho de parto. A prática do cuidado e compaixão devem, por sua vez, ser promovidas certificando-se o acolhimento humano respeitoso e digno. Garantir esta mudança e concretizá-la é garantir uma abordagem mais abrangente, assegurando-se que todos os envolvidos no processo alcançam conhecimento (Gomes, et. al, 2020; Martín-Badia, et al., 2021).

Após as intervenções efetuadas nos contextos acima identificados, acredita-se que o objetivo principal foi alcançado com sucesso, pois o empoderamento foi realizado junto dos diversos intervenientes envolvidos nos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e junto desta.

4- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em fase final deste ER, pretende-se descrever algumas limitações encontradas ao longo deste estudo. Uma das limitações iniciais desta investigação esteve associada ao contexto pandémico, sendo que restringiu o desenvolvimento de competências e a implementação de estratégias nos diversos contextos onde se realizaram os EC.

Esta mesma situação pandémica, que ainda se vive na atualidade, também teve forte influência na atribuição de campos de EC, obrigando, por isso, à permanência na Unidade Hospitalar onde é exercida a prática clínica de Enfermagem, logo sem vantagem relativamente à aquisição de conhecimentos/experiências em outros contextos.

Outra das limitações sentidas, esteve relacionada com o facto de a implementação do estudo ter sido no SUOG onde são exercidas funções, condicionando de alguma forma a natureza das respostas obtidas do público-alvo. Mais ainda, não foi possível a inclusão de EEESMO do género masculino, devido à ausência destes elementos na equipa onde este estudo foi implementado.

Não menos importante, informar-se ainda que os cuidados passaram a ser prestados sob fortes condicionantes, sendo um deles a utilização permanente e exaustiva de equipamentos de proteção individual. Este recurso teve as suas vantagens face à necessidade de proteção e segurança, mas no que concerne ao estabelecimento de uma relação com as mulheres cuidadas teve os seus entraves. Além disso, a restrição quase total de visitas aumentou a vulnerabilidades das mulheres cuidadas e inibiu o contato com o casal ou convivente significativo.

Por fim, muitas outras dificuldades surgiram para estremecer o percurso, tanto a nível pessoal associado ao divórcio, familiar pela enorme perda do meu querido avô e, académico pela perda da Senhora Professora Isabel Serra, sendo estas identificadas, igualmente, como obstáculos no processo de desenvolvimento do ER.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com *Kristen Swanson* (1993) o cuidar exige o conhecimento total do outro, significativo e contributivo para o respeito pelas expectativas e escolhas do ser cuidado, sem que seja posta em causa a sua dignidade ou as suas crenças. Deste modo, os cuidados prestados ao longo do ER, nos diversos contextos de EC, foram enraizados na prática baseada na evidência, que se remete para o modelo assistencial em que o EEESMO desenvolve o seu cuidar em parceria com a Mulher. Esta filosofia consente o seguimento dos cuidados e incrementa a humanização do parto e do nascimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O respeito pelas escolhas das mulheres/casal, a sua tomada de decisão, o seu empoderamento e a diferenciação dos cuidados considerando a sua singularidade, devem ser primordiais nos cuidados prestados, assegurando-se o cumprimento dos princípios éticos. Neste sentido, as intervenções executadas e condutas adotadas enquanto enfermeira consideraram o direito, a proteção e dignidade das pessoas cuidadas. Os princípios éticos são essenciais para a prestação adequada da profissão de enfermagem e, nesse sentido, é possível fazer-se uma avaliação retrospectiva dos cuidados prestados, garantindo-se que os princípios da beneficência, da ponderação da maleficência, da fidelidade, da justiça, da veracidade e da confidencialidade, foram respeitados (Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro).

Para que os cuidados proporcionados à Mulher/casal, em qualquer período, mais especificamente no parto, possam influenciar positivamente a trajetória de vida destes, é imprescindível que o EEESMO se despoje das rotinas e prejulgamentos vigentes na sua prática profissional e as centralize no supremo interesse dos utentes (APEO, 2009).

No que respeita a Violência Obstétrica no Parto, ao mergulhar nesta problemática permitiu-me explorar e conhecer novos horizontes, possibilitando um crescimento a nível profissional e pessoal. É essencial que o EEESMO fomente uma atenção diferenciada e individualizada e, que exclua práticas que possam incrementar qualquer tipo de violência.

O alcance de competências técnicas, científicas e relacionais de EEESMO na prestação de cuidados especializados na prevenção da Violência Obstétrica no Trabalho de Parto, foi efetivado através da adaptação de estratégias de acordo com as necessidades identificadas em cada contexto por onde se passou e, também, de acordo com as restrições impostas pela situação pandémica associada ao Covid-19, conforme foi exposto nos diversos capítulos deste relatório.

Deste modo, o empoderamento acerca desta temática, junto dos vários intervenientes dos cuidados, incluindo-se a mulher/casal, é essencial para possibilitar uma melhor formação e intervenção para que este problema não se perpetue. É relevante que os profissionais de saúde, mais especificamente os EEESMO, nas consultas de vigilância pré-natal e/ou nos CPNP ofereçam informação que permita o seu empoderamento, a construção assertiva de um PN, a redução de medos e a escolha deliberada baseada nos direitos e deveres enquanto utilizadores do sistema de saúde. Face a isto, no decorrer do ER, foram promovidas sessões de EpS acerca desta problemática nos grupos inseridos do CPNP, nomeadamente em contexto de Cuidados de Saúde Primários e nas consultas de vigilância da gravidez efetuadas neste mesmo contexto e no contexto de Internamento de Grávidas.

No que concerne a atuação do EEESMO, torna-se imperativo a formulação de estratégias que visem um cuidado respeitoso e humanizado, o desenvolvimento das suas competências científicas, relacionais e técnicas e, ainda, a “reforma” dos cuidados prestados às parturientes baseados na rotina, em intervenções dispensáveis e tecnologia em prol do bem-estar da mulher. Posto isto, efetivou-se junto dos EEESMO e restantes Enfermeiros da equipa do SUOG, uma ação de formação sobre a VO no parto, onde foi dado destaque à necessidade da promoção de uma atenção diferenciada e individualizada nos cuidados prestados à parturiente, enfatizando a importância de um cuidado livre de qualquer tipo de violência.

A obtenção de saberes e a execução justificada de cuidados transversais às competências descritas no RCEEEESMO, relativamente ao cuidado à mulher nas diferentes etapas do seu ciclo vital, tal como, a capacitação para a investigação, foram possibilitados através da prática clínica pelas oportunidades de experiência que os diversos campos de EC ofereceram e pela pesquisa intensiva de evidência científica, podendo-se afirmar que foi alcançado objetivo geral deste ER que é desenvolver competências comuns e específicas na área de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, deliberadas pela OE no Regulamento n.º 391/2019, DR 2.ª série, N.º 85 de 3 de maio e pela ICM (2019) e, competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

É de se evidenciar que o recurso à prática de uma Enfermagem Avançada em todo o percurso efetuado durante o ER, foi uma mais valia, sendo que a sua base situa-se nos cuidados centrados na Pessoa e que deve espelhar o aprofundamento do conhecimento assente nas suas carências e singularidades, realçando a necessidade da cooperação do enfermeiro em termos de desenvolvimento de sistemas de saúde (por meio de padrões e indicadores de qualidade,

guidelines institucionais e no desenvolvimento de políticas), na educação, promoção e na procura da melhor referência em termos de evidência científica.

Em questões limitações neste ER, para além das já identificadas anteriormente, salienta-se a inexperiência na realização de um trabalho com tal rigor científico e metodológico aliado à necessidade de gestão de tempo. De acordo com Benner (2001) a perícia alcança-se e fortalece-se por contributo da experiência e quando posicionada ao lado da prática, ou seja, após muita dedicação, trabalho, lágrimas e suor considero que todos os pequenos entraves foram circunscritos e ultrapassados, permitindo o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMO.

Hesbeen (2000) citava na sua obra, que antes do processo pelo reconhecimento das enfermeiras, devia vir o processo pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem. A reflexão sobre as práticas de enfermagem, particularmente dos cuidados prestados pelo EEESMO é urgente, em virtude do privilégio de testemunhar a dádiva do nascimento, ou seja, o primeiro encontro entre os pais e o(s) seu(s) filho(s).

Finalizo sabendo que ainda há um longo trajeto a construir, mas o mais importante foi ter começado e ter começado junto de alguém que foi um pilar, um exemplo, que me incentivou, apoiou e acarinhou até que as suas forças o permitissem. Por isto, deixo o meu mais sincero agradecimento e consideração aquela que foi não só a Docente Orientadora deste percurso, mas a Professora amiga que esteve sempre por perto - Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adolfsson, A., Larsson P., Wijma, B. & Berterö C. (2004). *Guilt and emptiness: womens experiences of miscarriage. Health Care for Women International*. 25(6), 543-560. <https://doi.org/10.1080/07399330490444821>;
- Advanced Practice Nurse Committee (2004). Model for Advanced Nursing Practice at the Health Sciences Centre. Health Sciences Centre wnnioeg;
- Alexandria, S. T., Oliveira, M. S. S., Alves, S. M., Bessa, M. M. M. Albuquerque, G. A. & Santana, M. D. R. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 23(53). EBSCOhost Database of Scoping Review <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2019.53.12>;
- Alligood, R. (2018). *Nursing Theorists: and theirs work (9ª)*. Missouri: Elsevier;
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American psychological association: The official guide to APA style (7th ed.)*. APA;
- Andrade, O., Felix, P., Souza, S., Gomes, S. & Boery, O. (2017). Práticas dos profissionais de enfermagem diante do parto humanizado. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11(6), 2576-85. *;
- <https://www.apeo.pt/> Ascensão, V. (2016). *Contribuição do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica, para o bem-estar materno fetal* [Doctoral dissertation, Universidade de Santarém]. Repositório Institucional da Universidade de Santarém. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1741/1/Trabalho%20de%20mestrado_Ana%20Rita%20Viegas%20Ascens%C3%A3o.pdf;
- Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (APEO) (2009). *Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso*. Loures: Lusociência;
- Associação portuguesa pelos Direitos das Mulheres na Gravidez e Parto (APDMGP) (2015). *Direitos da Mulher na Gravidez e Parto*. <http://www.associacaogravidezparto.pt/wpcontent/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>;

- Ayres-De-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachar, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.02.005>;
- Bardin, L. (2020). *Análise de Conteúdo*. Coimbra, Edições 70;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (A. L. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto Editora. (Tradução do original do Inglês From Noce to Expert, 2001, Pearson Education);
- Carvalho, E. C., Oliveira-Kumakura, A. R. S. & Morais, S. C. R. V. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(3), 690-6. <https://www.scielo.br/j/reben/a/dDyzC3GnxfnDrNy4rDFRCnp/?format=pdf&lang=pt>;
- Carvalho, M. L. M. (2003). Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais. *Caderno de Saúde Pública*. 19 (2), 389-398. https://www.researchgate.net/publication/26360195_Participacao_dos_pais_no_nascimento_em_maternidade_publica_dificuldades_institucionais_e_motivacoes_dos_casais;
- Castelo branco, J. S. M., Silva, L. S. B., Silva, J. L. S., Sousa, K. K. B., Sousa, M. C. R., Araújo, R. V. & Gomes, R. C. (2022). The importance of a birth plan for the parturient's autonomy. *Research, Society and Development* 11(7), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30102>;
- Catford, J. (2011). Ottawa 1986: back to the future. *Health Promotion International*, 26 (2), 163–167. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar081>;
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência;
- Costa, I. (2011). *Mulheres mastectomizadas: acesso à informação e aprendizagem de capacidades* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Institucional da Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/1782>;
- Couto, C. M. F. & Carneiro, M. N. F. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*. 47, 552-563. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00539.pdf;
- Cravo, C. C. S. (2018). *Perceção dos profissionais de saúde de cuidados de saúde primários sobre violência nas relações de intimidade entre adolescentes à luz de género e geração*

(Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).
https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=57777&codigo=110;

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M. & Sheffield, J. S. (2016). *Obstetrícia de Williams (24^a ed.)*. Porto Alegre: Artmed.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, 1^a série (N.º 38 de 22-02-2008), 1182-1189. <https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>;

Decreto-Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). Direitos e Deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1^a série (N.º 57 de 21-03-2014), 2127-213. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/15-2014-571943>;

Decreto-Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 181 de 16-09-2015), 8059-8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>;

Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>;

Dertkigil, M. S. J., Cecatti, J. G., Cavalcante, S. R., Baciuk, E. P & Bernardo, A. L. A. (2005). Líquido amniótico, atividade física e imersão em água na gestação. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 5 (4), 403-410. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000400003>;

Direção Geral da Saúde (2007). *Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo*. http://www.hospitaldeguimaraes.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2020/11/guia-informativo-ivg_1569.pdf;

Direção Geral de Saúde (2000). *Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i008092.pdf>

Direção Geral de Saude (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>;

- Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional Para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixorisco-pdf11.aspx>;
- Dzomeku, V. M., Mensah, A. B. B., Nakua, E. K., Agbadi, P., Lori, J. R. & Donkor, P. (2020). “I wouldn’t have hit you, but you would have killed your baby:” exploring midwives’ perspectives on disrespect and abusive Care in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20 (15), 1-12. EBSCOhost Database of Scoping Review. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2691-y>;
- D’Gregorio, P. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 111, 201–202. https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf;
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2021). *Guia Orientador. 2020-2021. Estágio com Relatório - 11ºCMESMO/CPLEESMO*. Lisboa. Portugal;
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa, Lusodidacta.
- França, A. H. R., Carvalho, P. R. S., Monteiro, V. C. M., Silva, A. J. Q., Fernandes, D. C. A., Souza, I. M. J., Pinto, M. K. G. & Peixoto, W. Q. (2020). Atribuições do enfermeiro na assistência e no apoio psicossocial prestados á vítimas do abuso sexual infantil. *Brazilian Journal of health Review*. 3 (3), 6863-6879. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/viewFile/12148/10183>;
- Freitas, C. M. S. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/22918>;
- Galle, A., Manaharlal, H., Griffin, S., Osman, N., Roelens, K. & Degomme, O. (2020). A qualitative study on midwives’ identity and perspectives on the occurrence of disrespect and abuse in Maputo city. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20 (629), 1-11. EBSCOhost Database of Scoping Review. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03320-0>;
- Gomes, G. M. S., Pereira, R. C. L. F., Fernandes, F. E. C. V. & Melo, R. A. (2020). A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem ao parto. *Revista Enfermagem Atual*, 91(29), 40-48. EBSCOhost Database of Scoping Review. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.563>;

- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P. & Marques, C.G. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa: conceção, análise e aplicações*. Lisboa, Factor;
- Graça, LM (2017). *Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral*. Medicina Materno Fetal. Lisboa: Lidel;
- Hesbeen, W. (2000) *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência;
- International Confederation of Midwives (2019). *Essential Competencies for Midwifery*. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf;
- Joanna Briggs Institute (JBI) (2021). The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL/4687404/About+this+Manual>;
- Leal, S., Lima, V., Silva, A., Soares, P., Santana, L. & Pereira, A. (2018). Percepção de Enfermeiras Obstétricas acerca da Violência Obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 23(2). EBSCOhost Database of Scoping Review. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23il.52473>;
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 181 de 16-9-2015), 8059-8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>;
- Lei nr.º 110/2019 de 9 de setembro (2019). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª série (N.º 172 de 9-09-2019), 94-101. <https://data.dre.pt/eli/lei/110/2019/09/09/p/dre/pt/html>;
- Lemos & Cunha (2015). Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 35 (4). <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de aleitamento materno. Comité português para a UNICEF Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>;

- Lopes, L. M. M. & Santos, S. M. P. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (2). <https://doi.org/10.12707/RIII10HM3>;
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta;
- Macedo, P. O., Quitete, J. B., Lima, EC, Santos, I & Vargens, OMC (2008). As tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela teoria ambientalista de Florence Nightingale. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 12 (2), 341-347. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000200022>;
- Machado, K. S., Saraiva, A. P. C & Lima, L. K. O. L. (2020). Plano de parto: uma estratégia para reduzir atos de violência obstétrica?. *Interdisciplinary Journal of Health Education*, 5(2), 53-63. <https://doi.org/10.4322/ijhe.2020.007>;
- Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N. & Goberna-Tricas, J. (2021). Violência Obstétrica como Infração a Princípios Bioéticos Básicos. Reflexões Inspiradas em Grupos Focais com Parteiras. *Revista Saúde Pública*, 18 (23), 12553. EBSCOhost Database of Scoping Review. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312553>;
- Matoso, L. (2018). Papel do enfermeiro frente à violência obstétrica. *Revista Eletrônica da FAINOR*, 11(1), 49-65. https://www.researchgate.net/publication/325099177_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_FRENTE_A_VIOLENCIA_OBSTETRICA
- Medina, C. & Penna G. (2008). A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência intrafamiliar em mulheres grávidas. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3). https://www.researchgate.net/publication/26602803_A_percepcao_de_enfermeiras;
- Miranda, F. L., Velloso, G. S., Lima, P. O., Rangel, S. C., Almeida, H. F., Pinheiro, M. L. P. & Costa, L. N. V. (2019). Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. *HU Revista*, 45 (4), 415-20. EBSCOhost Database of Scoping Review. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.27899>;
- Morgado, H., Carvalho, M. & Vilhena, E. (2018). A humanização como factor de qualidade nos serviços de saúde. Leal, I., Humboldt, S., Ramos, C., Valente, A., & Ribeiro, J. (Eds.), *12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Promover e Inovar em Psicologia da Saúde: Actas* (pp. 357-375). ISPA – Instituto Universitário. <http://hdl.handle.net/10400.12/6196>;

- Oliveira, O. S., Couto, T. M., Gomes, N. P., Campos, L. M., Lima, K. T. R. S. & Barral, F. E. (2019). Best practices in the delivery process: conceptions from nurse midwives. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(2), 455-62. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0477>;
- Oliveira, V. & Penna, C. (2017). O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer N.º 7 / 2012. Plano de Parto. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESM_O_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Projeto Maternidade com Qualidade*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Parecer N.º 45/2014. Assegurar a qualidade dos cuidados na área da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica a que os cidadãos têm direito*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_45_2014_03_27_DireitoGravidaCuidados_proteg.pdf;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer sobre o Projeto de Lei n.º 912/XIV/2ª*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23489/sai-oe-2021-6515.pdf>;
- Ordem dos Médicos (2021). *Parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos sobre o Projeto de Lei n.º 912.XIV PAN 2021*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23489/sai-oe-2021-6515.pdf>;
- Organização Mundial de Saúde (2014a). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf;

- Organização Mundial de Saúde (2014b). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_por.pdf?sequence](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145086/9789241564793_por.pdf?sequence;);
- Pereira, D., Lund R., Swahnberg K., Schei B. & Infanti, J. J. (2018). ‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18 (211), 1-12. EBSCOhost Database of Scoping Review. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>;
- Pereira, P. S. (2015). *O amor na relação terapêutica em enfermagem: Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa). Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20503/1/ulsd071581_td_Patricia_Pereira.pdf;
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N. & Ressel, L. B. (2017). Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*. 21(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>;
- Projeto de Lei n.º 912/XIV/2.^a de 14 de julho (2021). Reforça a protecção das mulheres na gravidez e parto através da criminalização da violência obstétrica. Assembleia da República. *Sessão Legislativa, 2.ª série* (N.º 167 de 14-07-2021), 1-21. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?BID=121036>;
- Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia da República. *Diário da República, 2ª série* (N.º 85 de 03-05- 2019), 13560-13565. <https://dre.pt/application/file/a/122216819>;
- Santos, A. C. (2010). O impacto da interrupção espontânea da gravidez na vida da mulher. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=18382&code=421035116>;
- Santos, A. L. M., Backes, M. T. S., Smeha, L. N., Freitas, H. M. B. & Souza, M. H. T. (2018). Violência Obstétrica: percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidado. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Da Saúde*, 19(2), 301-309. <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2514>;

- Santo, S., Ayres-de-Campos, D., Costa-Santos, C., Schnettler, W., Ugwumadu, A., & Da Graça, L. M. (2017). Agreement and accuracy using the FIGO, ACOG and NICE cardiotocography interpretation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica 36 Scandinavica*, 96, 166–175. <https://doi.org/10.1111/aogs.13064>;
- Sens, M. & Stamm, F. (2019). A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.170915>;
- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel;
- Silva, A. L. S., Nascimento, E. R., & Coelho, E. A. C. (2015). Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. *Revista de Enfermagem*. 19(3), 424–431. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150056>;
- Silva, G., Marcelino, C., Rodrigues, P., Toro, C. & Shimo, K. (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras. *Revista Rene*, 15(4), 820-8. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000400020>;
- Silva, M. (2010). *Necessidade pré-operatória do doente cirúrgico: acolhimento de enfermagem* [Master's thesis, Universidade do Porto]. Repositório Institucional da Universidade da Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26919/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Ciencias%20de%20Enfermagem%202010.pdf>;
- Silveira, S.K. & Júnior, A.T. (2020). Monitorização fetal intraparto. *FEMINA*, 48 (1), pp. 59-64. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>;
- Swanson, KM (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 352-357;
- Teixeira, A. C & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2015). Empoderamento e satisfação profissional em Enfermagem: uma revisão integrativa, em consonância com a Teoria Estrutural. *Revista Enfermagem Referência*, 4 (6), pp.151-160. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/8189>;
- Trindade, C. D., Cardoso, L. S., Costa, V. Z., Rosa, L. S., Pozzobon, D. M., Trindade, L. R. & Ambrós, E. L. (2020). Equipe de Enfermagem: a comunicação na assistência à parturiente. *Brazilian Journal of health Review*, 3 (1), 551-562. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-043>

- UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>;
- World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: World Health Organization. https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf;
- World Health Organization (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;sequence=1;
- World Health Organization (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf;
- World Health Organization (2017). *Violence against women*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>;
- World Health Organization (2018). *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>;

ANEXOS

Anexo I

Resultados da pesquisa da Scoping Review

Print da pesquisa na base de dados *CINAHL Plus® with Full Text*

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete		
S9	(MH "Obstetric Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	7,736	Editar
S8	(MH "Delivery, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,248	Editar
S7	malpractice	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	12,328	Editar
S6	(MH "Patient Abuse")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,619	Editar
S5	Violence	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	65,543	Editar
S4	(MH "Violence")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	19,104	Editar
S3	(MM "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,125	Editar
S2	midwi	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	6	Editar
S1	(MM "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,433	Editar

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase			
S18	S12 AND S14 AND S15	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	106	Editar
S17	S12 AND S14 AND S15	Limitadores - Texto Integral Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	247	Editar
S16	S12 AND S14 AND S15	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	401	Editar
S15	S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,294	Editar
S14	S7 OR S8 OR S9 OR S13	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	97,360	Editar
S13	S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	67,013	Editar
S12	S1 OR S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	14,476	Editar
S11	(MH "Delivery, Obstetric")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	11,248	Editar
S10	(MH "Child Labor")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	46	Editar

Print da pesquisa na base de dados *MEDLINE with Full Text*

		Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete		
S9	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S8	(MH "Parturition")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S7	(MH "Natural Childbirth")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S6	(MH "Obstetric Labor, Premature")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S5	"delivery"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S4	"obstetric"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S3	(MH "Violence")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S2	(MH "Midwifery")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S1	(MH "Nurse Midwives")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados	Ação
S14	S9 AND S10 AND S11	Limitadores - Texto Integral; Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	261	Editar
S13	S9 AND S10 AND S11	Limitadores - Data de Publicação: 20170101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	305	Editar
S12	S9 AND S10 AND S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	955	Editar
S11	S6 OR S7 OR S8	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S10	S3 OR S4 OR S5	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar
S9	S1 OR S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	Ecrã	Editar

Anexo II

Parecer da Comissão de ética da Instituição de Saúde

Comissão de Ética para a Saúde

Em (a) Sr (a)
Conselho de Administração
(

S. ref.

S. com.

n. ref./data 187/21, 02.12.2021

Assunto: Estudo: "Violência Obstétrica no Parto: a percepção do Enfermeiro Obstetra"

No seguimento do solicitado, venho informar que o estudo assinalado em epigrafe foi analisado por esta Comissão de Ética para a Saúde, emitindo-se o parecer anexo, assinado por:

A Secretária da Comissão de Ética para a Saúde,

DAASL/2021/0

Página 2 de 2

Comissão de Ética para a Saúde
n.º 41110 / 2016

Em (a) Sr.(a)
Conselho de Administração

s. ref.

s. com.

n. ref./data 187/21, 02.12.2021.

Assunto: *Estudo: "Violência Obstétrica no Parto: a percepção do Enfermeiro Obstetra"*

O projecto acima referido assenta na resposta a inquérito submetido aos enfermeiros especialistas em ESMO, a exercer funções no serviço de urgência de Ginecologia / Obstetrícia. O anonimato é garantido, sendo a participação voluntária. Não existem quaisquer questões éticas relevantes, pelo que o projecto poderá ser autorizado.

A Comissão de Ética para a Saúde,

Anexo III

Pedido de autorização para implementação do estudo

CARACTERÍSTICAS do ESTUDO

Natureza do Estudo	Clinico	<input type="checkbox"/>	Alvo do Estudo	Animais	<input type="checkbox"/>
	Epidemiológico	<input type="checkbox"/>		Humanos	<input checked="" type="checkbox"/>
	Revisão Literatura	<input type="checkbox"/>			
	Revisão Casuística	<input type="checkbox"/>			
	Terapêutico	<input type="checkbox"/>			
	Laboratorial	<input type="checkbox"/>			
Desenho do Estudo	Observacional	<input type="checkbox"/>	Retrospectivo	<input type="checkbox"/>	
	Experimental	<input type="checkbox"/>	Prospectivo	<input type="checkbox"/>	
Países/Instituições	Multinacional	<input type="checkbox"/>	Nacional	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Multicêntrico	<input type="checkbox"/>	Institucional	<input type="checkbox"/>	
Participantes	Grupo Controlo	<input type="checkbox"/>	Seleção Aleatória	<input type="checkbox"/>	
			Seleção Não Aleatória	<input type="checkbox"/>	
Est. Experimentais	Aberto	<input type="checkbox"/>	Fase 2	<input type="checkbox"/>	
	Cego	<input type="checkbox"/>	Fase 3	<input type="checkbox"/>	
	Duplamente Cego	<input type="checkbox"/>	Fase 4	<input type="checkbox"/>	

OUTROS ASPECTOS RELEVANTES PARA ANÁLISE DO ESTUDO

Consentimento informado	<input checked="" type="checkbox"/>		
Participação de Grupos Vulneráveis	<input type="checkbox"/>	Crianças	<input type="checkbox"/>
		Grávidas	<input type="checkbox"/>
		Outros	<input type="checkbox"/>
Realização de inquéritos	<input checked="" type="checkbox"/>		
Realização de entrevistas	<input type="checkbox"/>		
Realização de exames/análises	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
Realização de estudos genéticos	<input type="checkbox"/>		
Recolha de dados	<input checked="" type="checkbox"/>	Clinicos	<input type="checkbox"/>
		Laboratoriais	<input type="checkbox"/>
		Outros	<input checked="" type="checkbox"/>
Criação de base de dados	<input type="checkbox"/>	Anonimizados	<input type="checkbox"/>
Saída para outras instituições	<input type="checkbox"/>	Dados	<input type="checkbox"/>
		Produtos biológicos	<input type="checkbox"/>
Colheita de produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
		Anonimizados	<input type="checkbox"/>
Armazenamento produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
Criação de bancos de produtos biológicos	<input type="checkbox"/>	No CHUA	<input type="checkbox"/>
		No ABC	<input type="checkbox"/>

FOLHA DE ROSTO¹ - UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Título Violência obstétrica no parto: a perspetiva do enf. obstétrico

Classificação

Trabalho Académico de Investigação Conferidor de Grau Licenciatura
Mestrado
Doutoramento

Estudo de Investigação

Ensaio Clínico Medicamentos Dispositivos

Versão Novo
Alteração

Calendário Início Maio 2024
Fim Dezembro 2024

INVESTIGADORES

Investigador Principal

Investigador Responsável

Outros Investigadores

ALUNOS e ORIENTADORES

Aluno Júlia Filipa das Neves Pereira

Orientador (Universidade) Isabel Serra

Orienta

PROMOTOR

INSTITUIÇÕES e SERVIÇOS

Unidades/Serviço Unidade de Obstetria / Ginecologia

Outros Serviços/Instituições

DOCUMENTOS

Cartas do Investigador	A/c Presidente CA	<input type="checkbox"/>	
	A/c Presidente CES	<input type="checkbox"/>	
Anexos	Proposta de Estudo/Ensaio	<input checked="" type="checkbox"/>	
	CV do Investigador Principal	<input type="checkbox"/>	
	CV do Investigador CHUA	<input type="checkbox"/>	
	Inquéritos/Questionários	<input type="checkbox"/>	
	Termo de Consentimento Informado	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Termo de Aceitação CNPD	<input type="checkbox"/>	
	Termo de Aceitação CEIC	<input type="checkbox"/>	
	Protocolo Financeiro	<input type="checkbox"/>	
	Apólice de Seguro	<input type="checkbox"/>	
	Outros	<input type="checkbox"/>	

AUTORIZAÇÕES

Directores de Serviço	<input checked="" type="checkbox"/>	
CES	<input type="checkbox"/>	
CA	<input type="checkbox"/>	

DATA da RECEPÇÃO

¹ É da responsabilidade dos proponentes:

1. Verificar que o estudo obedece às normas em vigor.
2. Preencher a Folha de Rosto.
3. Obter o consentimento local.
4. Reunir os documentos necessários e entregá-los no Secretariado, com antecedência mínima de 90 dias em relação à data prevista para o início do estudo.
5. Comunicar as datas de início e conclusão do estudo, bem como eventuais períodos de suspensão.
6. Entregar o respetivo relatório de execução até 90 dias após o seu término.

INVESTIGAÇÃO	N DAT	Página 19/22
--------------	----------	-----------------

Modelo 7: Termo de autorização local

Estudo de investigação Violência obstétrica no parto e percepção do enfermeiro Obstetra

(Nome) _____, na qualidade de Diretor do Serviço / Em _____, declaro que autorizo / dou parecer favorável à execução do Estudo de Investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 15/07/2021

Assinatura _____

Modelo 3: Pedido de autorização institucional

Exmo(a). Senhor(a)
Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do
[REDACTED]

Assunto: Estudo de Investigação Violência Obstétrica no Parto: a percepção do enfermeiro obstetra.

Iolanda Filipa dos Santos Pereira, na qualidade de Aluno, vem, por este meio, solicitar a V. Ex.ª autorização para realizar no [REDACTED] Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 13/05/2021

Assinatura Iolanda Filipa dos Santos Pereira

Modelo 4: Termo de responsabilidade – Investigador

Estudo de Investigação Violência Obstétrica no Parto: a percepção do Enfermeiro Obstetra

Iolanda Filipa dos Santos Pereira, na qualidade de Aluno, declaro assumir a responsabilidade do Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e deontológicos e as normas internas da instituição.

Mais me comprometo a informar o [REDACTED] e todas as comunicações, apresentações e publicações respeitantes ao Estudo supra identificado, através do endereço de correio eletrónico [REDACTED]

Data 13/05/2021

Assinatura Iolanda Filipa dos Santos Pereira

Modelo 5: Termo de responsabilidade - Aluno

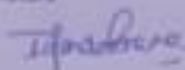
Trabalho académico de investigação - Violência Obstétrica no Parto: a percepção do Enfermeiro Obstetra

Isabela Filipa dos Santos Pereira, na qualidade de Aluna, comprometo-me a executar o Trabalho Académico de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, respeitando os princípios éticos e desportológicos e as normas internas da instituição.

Mais me comprometo a informar o [REDACTED] de todas as comunicações, apresentações e publicações respeitantes ao Estudo supra identificado, através do endereço de correio electrónico [REDACTED]

Data 13-05-2021

Assinatura



Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho académico de investigação _____

(Nome) Isabel Maria Guerra Gordinho de Aguiar Serra na qualidade de Professor Orientador / Orientador Supervisor no CHUA, comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 16/11/2021

Assinatura _____



Modelo 6: Termo de responsabilidade – Orientador / Orientador Supervisor

Trabalho acadêmico de investigação: Violência Obstétrica no Parto: a percepção do Enfermeiro Obstetra

[redacted] na qualidade de Orientador Supervisor no [redacted] comprometo-me a prestar a orientação necessária para uma boa execução do mesmo e a acompanhar o Aluno nas diferentes fases da sua realização, de acordo com o programa de Iolanda Filipa dos Santos Pereira trabalhos e os meios apresentados, bem como por zelar pelo respeito dos princípios éticos e deontológicos e pelo cumprimento das normas internas da instituição.

Data 13-05-2021

Assinatura

[redacted]

Modelo 7. Termo de autorização local

Estudo de investigação Violência Obstétrica no Parto: a percepção da enfermeira obstetra.

[REDACTED] na qualidade de Enfermeiro Chefe do Serviço de Urgência de Obstetrícia/Ginecologia, declaro que autorizo / dou parecer favorável à execução do Estudo de investigação acima mencionado e comprometo-me a prestar as condições necessárias para a boa execução do mesmo, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data 13/5/2021

Assinatura _____
[REDACTED]

Anexo IV

Síntese de Registo de Atividades Práticas

14. Contexto Clínicos: datas e locais (quadro síntese)/Clinical Practices: places and dates (summary table)

Contexto Clínico/ Clinical Practice	Datas/ Dates	Nº de semanas/ Nº of weeks	Nº total de horas/Nº of Hours	Local de realização /Clinical Practices Location	Docente/ Teacher
Ginecologia	30/11/2021 a 20/12/2021	3	75 ^h	Serviço de Ginecologia	<i>AF</i>
Puerpério	22/02/2021 a 14/03/2021	3	75 ^h	Serviço de obstetrias, Unidade puerperal	<i>AF</i>
Cuidados de Saúde Primários	29/03/2021 a 30/04/2021	6	150 ^h	Unidade de Cuidados na Comunidade	<i>AF</i>
Medicina Materno-Fetal	04/10/2021 a 14/02/2022	6	150 ^h	Serviço de grávidas	<i>AF</i>
Neonatologia	01/02/2021 a 07/02/2021	1	25 ^h	Unidade de Cuidados Intensive Neonatais	<i>AF</i>
Bloco de Partos	10/07/2021 a 04/11/2021	25	475 ^h	Serviço de serviços de obstetria e ginecologia - Bloco de partos	<i>AF</i>

Lisboa, 31 / 05 / 2022

O Regente do Estágio com Relatório/The Internship Manager with Report

M^{te} Anabela Ferreira do Santos

Coordenador do Curso/The Course Coordinator

M^{te} Anabela Ferreira do Santos

AR

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

1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/ <i>Family counselling and health promotion</i>	<u>15</u>
2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/ <i>Supervision and care to the pregnant woman</i>	
• Exames Pré-Natais/ <i>Prenatal Examinations</i> (100)	<u>117</u>
3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/ <i>Supervision and care to the women in labor.</i>	
• Partos eutócicos/ <i>Eutocic deliveries</i> (40)	<u>41</u>
• Participação ativa em partos pélvicos/ <i>Active participation in breech deliveries</i>	<u>0</u>
• Participação ativa em partos gemelares/ <i>Active participation in multiple births</i>	<u>0</u>
• Participação ativa noutros partos/ <i>Active participation in other type of births</i>	<u>22</u>
• Episiotomia/ <i>Episiotomy</i>	<u>4</u>
• Episiorrafia, perineorrafia/ <i>Episiorrhaphy, perineorrhaphy</i>	<u>7</u>
4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/ <i>Supervision and care to the woman at risk</i>	
• Gravidez/ <i>Pregnancy</i> (40)	<u>51</u>
• Trabalho de parto/ <i>Labor</i>	<u>16</u>
• Puerpério/ <i>Puerperium</i>	<u>6</u>
5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/ <i>Supervision and care to the women in the postnatal period</i> (100)	<u>1</u>
6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/ <i>Supervision and care to the healthy new-born</i> (100)	<u>132</u>
7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ <i>Supervision and care to the new-born in need of special care</i>	<u>12</u>
8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/ <i>Supervision and care to the women with gynaecological pathology</i>	<u>31</u>

9. Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual/*Supervision and care to the woman in the area of sexual health*

- Colocação de DIU/IUD *Insertion practice* 0
- Colocação de implantes/*Implants Insertion practice* 0
- Observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 6

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

- Prática em partos eutócicos/*Practice eutocic delivery* 3
- Prática em partos de apresentação pélvica/*Practice in breech presentation deliveries* 1
- Prática de episiotomia e iniciação à sutura/*Practice on episiotomy and initiation to the suture technique* 5
- Prática na colocação de DIU/IUD *Insertion practice* 2
- Prática na colocação de implantes/*Implants Insertion practice* 1
- Prática de observação ginecológica e colpocitologia/*Gynecological observation practice and colpocytology* 1

Lisboa, 21 / 05 / 2022

Estudante/*Student*

Johanna Filipa dos Santos Pezereira

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

MS Anabela Ferreira da Silva

APÊNDICES

Apêndice I

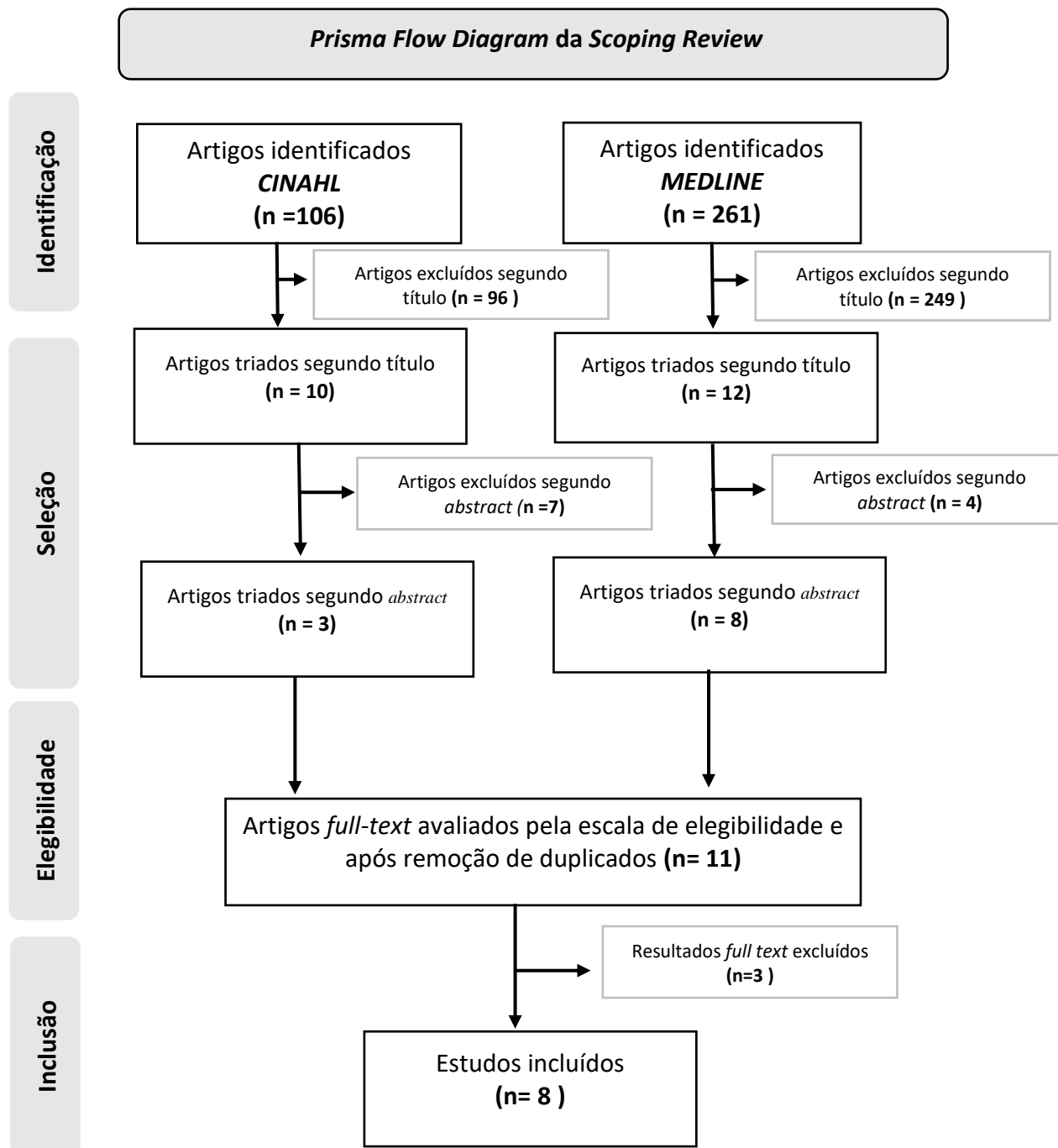
Tabela com termos na linguagem natural e indexada

Tabela com termos na linguagem natural e indexada

	Linguagem natural	Linguagem indexada	
		CINAHL	MEDLINE
P – Enfermeiro obstetra	Midwi	MH “Nurse Midwives” “Midwifery”	MH “Nurse Midwives” MH “Midwifery”
C – Violência Obstétrica	Violence	MH “Violence” MH “Patient Abuse”	MH “Violence”
	Malpractice	MH “Malpractice”	
	Delivery	MH “Delivery Obstetric”	
	Obstetric	MH “Obstetric Care”	
C – Parto	Childbirth	MH “Child Labor”	MH “Obstetric Labor, Permaturne” MH “Natural Childbirth”
	Delivery	MH “Delivery, obstetric”	MH “Parturition”

Apêndice II
Prisma Flow Diagram

Prisma Flow Diagram



Apêndice III

Resumo dos artigos selecionados na SR

Autor: Alexandria, S, Oliveira, M., Alves, S., Bessa, M., Albuquerque, G., Santana, M.
Ano de publicação e País: 2019; Brasil.
Título: La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto
Objetivos: Avaliar o conhecimento de profissionais de enfermagem envolvidos na assistência ao parto sobre violência obstétrica
População: 10 Enfermeiros que se identificam com os critérios de inclusão (trabalhar diretamente na assistência à mulher dos períodos pré-parto, parto e pós-parto, possuir diploma de graduação por um período mínimo de 6 meses)
Tipo de artigo: Estudo qualitativo relativo ao conhecimento de profissionais de saúde de enfermagem envolvidos na assistência ao parto sobre violência obstétrica
Metodologia: Entrevista semiestruturada
<p>Resultados significativos:</p> <p>Em conformidade com o relatado dos enfermeiros incluídos no estudo, o conhecimento sobre a violência obstétrica encontra-se presente e identificado. Assim identificaram-se as seguintes categorias:</p> <p>Categoria 1 - Conhecimento dos profissionais sobre o conceito de violência Obstétrica:</p> <p>Categoria 2 - Práticas, técnicas e manobras que os profissionais consideram como violência obstétrica</p> <p>Categoria 3 - Violência obstétrica nos serviços de saúde: direitos das parturientes:</p> <p>A VO, segundo os autores, é expressa por atos desajustados, palavras inadequadas, tal como a utilização imprópria da tecnologia, que projetam o desrespeito dos direitos da mulher cometidos por profissionais ou mesmo por instituições.</p> <p>Através das respostas obtidas neste estudo é perceptível, na ótica dos autores, que os enfermeiros inquiridos corroboram com o que é descrito pela literatura, apresentando conhecimentos sobre a temática. Os enfermeiros destacam como fator principal de VO as agressões verbais, práticas, técnicas e manobras como a episiotomia, administração de uterotônicos, manobra de <i>Kristeller</i>,</p>

toque vaginal sem ponderação e repetidamente, ruptura de membranas, tricotomia, déficit nos cuidados no que respeita a dor no trabalho de parto e ainda recusa de alternância de posicionamentos ou deambulação, tendo em conta a preferência da parturiente, durante o trabalho de parto.

Mais ainda os enfermeiros entrevistados, referem que apesar de haver conhecimento quanto aos direitos das mulheres face ao atendimento, acreditam que por vezes este é negado.

O cuidado não deve refletir uma prática técnica ou tarefa, deve sim ser pautado por atitudes que reforcem a dignidade humana e fundamentadas pelo conhecimento científico, técnico, socioeconómico, cultural e pessoal, com benefícios para a saúde. A VO é uma temática que deverá ser amplamente abordada e reforçada junto dos profissionais de saúde, sendo que é um problema de saúde pública.

Pela conclusão do autor, denota-se a importância do desenvolvimento de novos estudos e aprofundamento da temática.

Referência bibliográfica:

Alexandria, S, Oliveira, M., Alves, S., Bessa, M., Albuquerque, G., Santana, M. (2019). La violencia obstétrica bajo la perspectiva de los profesionales de enfermería involucrados en la asistencia al parto. *Cultura de los cuidados*, 53, 119-128.

Autor: Dzomeku, V.M., Jody, A.B.B.M., Nakua, E.K., Agbadi, P., Lori, R. & Donkor, P.

Ano de publicação e País: 2020; Gana.

Título: “I wouldn’t have hit you, but you would have killed your baby”: exploring midwives perspectives on disrespect and abusive Care in Ghana.

Objetivos: Explorar as experiências e opiniões de parteiras sobre o desrespeito e abuso nos cuidados maternos durante a sua prática profissional

População: 15 Parteiras que se identificam com os critérios de inclusão (parteiras com um período mínimo de prática profissional de um ano e que se encontrem a exercer a prática em sala de partos)

Tipo de artigo: Estudo qualitativo exploratório e descritivo com abordagem interpretativa.

Metodologia: Entrevista semiestruturada

Resultados significativos:

O estudo analisado aponta para o conhecimento das parteiras sobre o desrespeito e o abuso nos cuidados, tal como a sua efetivação e rotina nos cuidados prestados na maternidade em causa. Através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica dos autores, as parteiras descrevem que o desrespeito e abuso nos cuidados abrangem os abusos físicos, psicológicos e verbais, cuidados não consentidos e violação dos direitos das mulheres grávidas.

Identificaram-se as seguintes categorias:

Categoria 1 – Cuidados e formas inadequadas durante o parto

Categoria 2 – Facilitadores do Desrespeito e Abuso nos cuidados

Categoria 3 – Ocorrências diárias de Desrespeito e Abuso nos cuidados

Segundo os autores, estas categorias (emergentes no estudo) revelaram a existência de processos facilitadores do desrespeito e abuso nos cuidados, como é o caso das desigualdades socioeconómicas, a perceção das parteiras versus a culpabilização da vítima e ainda os fatores relacionados com o sistema de saúde/instituição.

Os autores, salientam ainda, que os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade de reestruturação dos cuidados não só a nível institucional (diretrizes e protocolos consonantes com o plano de nascimento apresentado pelas mulheres grávidas e com as demais diretrizes internacionais, maternidades devidamente equipadas e aumento do rácio de profissionais de saúde), como também a nível dos provedores dos cuidados (parteiras minuciosamente instruídas relativamente ao respeito, aos cuidados centrados e à singularidade da mulher grávida)

Ainda neste contínuo, consideram importante que as mulheres sejam conscientizadas sobre os seus direitos e empoderadas no sentido de obterem um cuidado digno e respeitoso por parte dos profissionais de saúde durante a maternidade.

Através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica do autor, os enfermeiros inquiridos corroboram com o que é descrito pela literatura, apresentando conhecimentos sobre a temática. Pela conclusão do autor, denota-se a importância do desenvolvimento de novos estudos e aprofundamento da temática.

Referência bibliográfica:

Dzomeku, V.M., Jody, A.B.B.M., Nakua, E.K., Agbadi, P., Lori, R. & Donkor, P. (2020). “I wouldn’t have hit you, but you would have killed your baby”: exploring midwives’ perspectives on disrespect and abusive Care in Ghana. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(15), 2-12.

Autor: Galle, A., Manaharlal, H., Griffin, S., Osman, N., Roelens, K. & Degomme, O.

Ano de publicação e País: 2020; Moçambique

Título: A qualitative study on midwives’ identity and perspectives on the occurrence of disrespect and abuse in Maputo city

Objetivos: Obtenção de conhecimento sobre a perspectiva das parteiras acerca do desrespeito e abuso durante a assistência obstétrica

População: 54 Parteiras que se identificam com os critérios de inclusão (estarem envolvidas na assistência obstétrica)

Tipo de artigo: Estudo qualitativo

Metodologia: Entrevista semiestruturada

Resultados significativos:

O estudo analisado aponta para o conhecimento das parteiras sobre o desrespeito e o abuso nos cuidados à parturiente, tal como a sua efetivação. Através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica dos autores, as parteiras acham desafiante e frustrante o trabalho desenvolvido na esfera obstétrica e sentem-se desrespeitadas não só pelos profissionais de saúde e própria instituição, mas também pelos utentes. Salientam ainda, que o desrespeito e abuso nos cuidados às parturientes são muitas vezes reflexo das frustrações sentidas pelas parteiras, que se deve também à falta de colaboração das parturientes, à elevada carga laboral e à falta de supervisão dos cuidados e responsabilização pelos mesmos.

O desrespeito e abuso identificado neste estudo, está associado a atos, palavras, omissões e abandono, refletindo a existência de desrespeito e abuso físico, psicológico e verbal.

Identificaram-se as seguintes categorias:

Categoria 1 – A identidade das parteiras

Categoria 2 – Fatores que interferem com a ocorrência de Desrespeito e Abuso

Segundo os autores, estas categorias (emergentes no estudo) revelaram a existência de processos facilitadores do desrespeito e abuso nos cuidados.

Contudo, também concluíram, que a presença de acompanhantes em sala de partos, tem uma influência positiva não só para a parturiente, mas também para a parteira por testemunharem os cuidados prestados no momento do parto.

Os autores, salientam, que os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade de capacitação profissional das parteiras, políticas institucionais não discriminatórias, sistemas de apoio aos profissionais de saúde que prestam cuidados às mulheres grávidas e o empoderamento do acompanhante em cursos de preparação para o nascimento pela positiva contribuição que tem no processo de nascimento.

Conclusão, através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica do autor, os enfermeiros inquiridos corroboram com o que é descrito pela literatura, apresentando conhecimentos sobre a temática.

Referência bibliográfica:

Galle, A., Manaharlal, H., Griffin, S., Osman, N., Roelens, K. & Degomme, O. (2020). A qualitative study on midwives' identity and perspectives on the occurrence of disrespect and abuse in Maputo city wouldn't have hit you, but you would have killed your baby. *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(629), 1-11.

Autor: Leal, S.Y.P., Lima, V.L.A., Silva, A.F., Soares, P.D.F.L., Santana, L.R. & Pereira, A.

Ano de publicação e País: 2018; Brasil

Título: A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica

Objetivos: Conhecer a percepção de enfermeiras obstétricas sobre a violência obstétrica
População: 19 enfermeiras, que se identificam com os critérios de inclusão (com especialização em obstetrícia e que exercem cuidados no Centro Obstétrico/Pré-parto, Parto e Pós-parto)
Tipo de artigo: Estudo qualitativo
Metodologia: Entrevista semiestruturada
<p>Resultados significativos:</p> <p>O estudo analisado aponta para o conhecimento das parteiras sobre o desrespeito e o abuso nos cuidados à parturiente, tal como a sua efetivação. Através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica dos autores, as parteiras acham desafiante e frustrante o trabalho desenvolvido na esfera obstétrica e sentem-se desrespeitadas não só pelos profissionais de saúde e própria instituição, mas também pelos utentes. Salientam ainda, que o desrespeito e abuso nos cuidados às parturientes são muitas vezes reflexo das frustrações sentidas pelas parteiras, que se deve também à falta de colaboração das parturientes, à elevada carga laboral e à falta de supervisão dos cuidados e responsabilização pelos mesmos.</p> <p>O desrespeito e abuso identificado neste estudo, está associado a atos, palavras, omissões e abandono, refletindo a existência de desrespeito e abuso físico, psicológico e verbal.</p> <p>Identificaram-se as seguintes categorias:</p> <p>Categoria 1 – A identidade das parteiras</p> <p>Categoria 2 – Fatores que interferem com a ocorrência de Desrespeito e Abuso</p> <p>Segundo os autores, estas categorias (emergentes no estudo) revelaram a existência de processos facilitadores do desrespeito e abuso nos cuidados.</p> <p>Contudo, também concluíram, que a presença de acompanhantes em sala de partos, tem uma influência positiva não só para a parturiente, mas também para a parteira por testemunharem os cuidados prestados no momento do parto.</p> <p>Os autores, salientam, que os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade de capacitação profissional das parteiras, políticas institucionais não discriminatórias, sistemas de apoio aos profissionais de saúde que prestam</p>

cuidados às mulheres grávidas e o empoderamento do acompanhante em cursos de preparação para o nascimento pela positiva contribuição que tem no processo de nascimento.

Conclusão, através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica do autor, os enfermeiros inquiridos corroboram com o que é descrito pela literatura, apresentando conhecimentos sobre a temática.

Referência bibliográfica:

Leal, S.Y.P., Lima, V.L.A., Silva, A.F., Soares, P.D.F.L., Santana, L.R. & Pereira, A. (2018). A percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Revista Cogitare Enfermagem*, 23(1), s.p.

Autor: Gomes, G.M.S., Pereira, R.C.L.F., Fernandes, F.E.C.V. & Melo, R.A.

Ano de publicação e País: 2020; Brasil

Título: A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem o parto.

Objetivos: Conhecer a percepção dos profissionais médicos e enfermeiros acerca da violência obstétrica

População: 22 Profissionais de saúde, onde 9 são Enfermeiras Obstétricas que se identificam com os critérios de inclusão (período mínimo de prática profissional de pelo menos 6 meses, no Hospital Materno-infantil de Pernambuco) e

Tipo de artigo: Estudo qualitativo

Metodologia: Entrevista semiestruturada

Resultados significativos:

O estudo analisado aponta para o conhecimento das enfermeiras sobre violência obstétrica, bem como a sua disseminação nos cuidados prestados na maternidade em causa. Neste estudo identificaram-se as seguintes categorias:

Categoria 1 – A violência obstétrica e as situações associadas a essa problemática

Categoria 2 – A violência Obstétrica na prática e a conduta profissional frente aos casos

Categoria 3 – Boas práticas e novas perspectivas na assistência a gestante durante o período gravídico-puerperal

Através das respostas obtidas e segundo a ótica dos autores, os profissionais que tinham menos tempo de formação estão mais capacitados para a compreensão da temática, na postura face aos casos de violência obstétrica e no domínio das práticas, por estarem em constante atualização.

Salientam ainda que os profissionais entrevistados, nomeadamente as enfermeiras, identificam esta problemática através de atos de agressão verbal e física, que podem incluir a desconsideração e intervenções desnecessárias nos cuidados à parturiente. Revelam também, que estes mesmos profissionais referenciam práticas recorrentes de desrespeito e situações de violação dos direitos da parturiente.

Os autores, argumentam ainda, que os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade de uma maior formação dos profissionais de saúde, uma melhor conscientização das mulheres e a criação de leis e políticas de saúde que garantam uma assistência obstétrica livre de violência e firmada nos direitos sexuais e reprodutivos.

Referência bibliográfica:

Gomes, G.M.S., Pereira, R.C.L.F., Fernandes, F.E.C.V. & Melo, R.A (2020). A violência obstétrica na percepção dos profissionais que assistem o parto. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 91 (29), 40-48.

Autor: Miranda, F.L., Velloso, G.S., Lima, P.O., Rangel, S.C., Almeida, H.F., Pinheiro, M.L.P. & Costa, L.N.V.

Ano de publicação e País: 2019; Brasil

Título: Violência Obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais

Objetivos: Identificar as percepções dos enfermeiros obstétricos acerca da Violência Obstétrica

População: 16 Enfermeiras Obstétricas que se identificam com os critérios de inclusão (período mínimo de prática profissional de um ano, na maternidade em causa)

Tipo de artigo: Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa
Metodologia: Entrevista semiestruturada
<p>Resultados significativos:</p> <p>O estudo analisado identifica conhecimento ampliado das enfermeiras obstétricas sobre violência obstétrica, bem como, repercussões na mulher exposta a esta prática. Neste estudo identificaram-se as seguintes categorias:</p> <p>Categoria 1 – As percepções de enfermeiros obstétricos sobre a violência obstétrica</p> <p>Categoria 2 – Situações de violência obstétrica vivenciadas pelos enfermeiros obstétricos</p> <p>Através das respostas obtidas e segundo a ótica dos autores, as enfermeiras obstétricas revelam definições desta problemática que incluem a violência verbal e física, o desrespeito pela autonomia da parturiente, negligência na assistência e implementação de intervenções desnecessárias na prática clínica.</p> <p>Os autores argumentam que os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade do reconhecimento da violência obstétrica por parte dos profissionais de saúde, de forma que esta problemática não seja banalizada.</p>
<p>Referência bibliográfica:</p> <p>Miranda, F.L., Velloso, G.S., Lima, P.O., Rangel, S.C., Almeida, H.F., Pinheiro, M.L.P. & Costa, L.N.V. (2019). Violência Obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. <i>HU Revista</i>, 45(4), 415-420.</p>
Autor: Pereira, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B. & Infanti, J.J.
Ano de publicação e País: 2018; Sri Lanka
Título: “When helpers hurt”: women’s and midwives stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka
Objetivos: Conhecer as opiniões das parceiras sobre a violência obstétrica nas instituições de saúde

População: 28 Parteiras que se identificam com os critérios de inclusão (parteiras com experiência anterior em sala de partos) e 38 mulheres grávidas.

Tipo de artigo: Estudo misto, qualitativo e quantitativo.

Metodologia: Entrevista

Resultados significativos:

O estudo analisado denota o conhecimento das parteiras sobre violência obstétrica, contudo considerado por estas como um fenómeno trivial. Através das respostas obtidas neste estudo e segundo a ótica dos autores, as parteiras relacionam os maus-tratos e a violência nos cuidados obstétricos com o inadequado comportamento das mulheres e com a falta de recursos a nível institucional.

Os autores salientam ainda em seus resultados que a violência obstétrica se encontra relacionada com sistemas de poder e opressão ligados às desigualdades de género, sociais, linguísticas e culturais. Em relação aos tipos de violência, os autores destacam a verbal, emocional e sexual.

Os autores, salientam ainda, que os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica, evidenciando a necessidade de dar visibilidade à problemática e encará-la como uma questão estrutural articulada a nível individual, sistémico e sociocultural. Para além do mais, reforçam a ideia de que a ética do cuidado deve ser amplamente abordada na formação dos profissionais de saúde em obstetrícia. A nível institucional ressaltam a necessidade de introdução de medidas padronizadas que realcem as necessidades das mulheres de forma a alcançar uma melhor atenção nos cuidados.

Referência bibliográfica:

Pereira, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B. & Infanti, J.J. (2018). “When helpers hurt”: women’s and midwives stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(211), 1-12.

Autor: Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N. & Goberna-Tricas, J.

Ano de publicação e País: 2021; Espanha.

Título: Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives

Objetivos: Aprofundar as experiências das parteiras para descrever as perspectivas éticas da violência obstétrica

População: 24 Parteiras que se identificam com os critérios de inclusão (parteiras com um período mínimo de prática profissional de um ano e que se encontrem a exercer a prática em hospitais de nível I e III e atuassem na atenção primária)

Tipo de artigo: Estudo qualitativo fenomenológico

Metodologia: Entrevista semiestruturada

Resultados significativos:

No estudo analisado os autores referem que as parteiras reconhecem a violência obstétrica como uma prática que nem sempre é exercida de forma brutal, pois pode ser oculta. Neste estudo identificaram-se as seguintes categorias:

Categoria 1 – A maleficência de esquecer a minha vulnerabilidade

Categoria 2 – A beneficência exige respeito pela minha integridade e dignidade

Categoria 3 – A minha autonomia está a ser retirada de mim

Categoria 4 - Um problema de justiça social para connosco, mulheres

Segundo os autores, as parteiras reconhecem diferentes tipos de violência obstétrica no parto, nomeadamente física, verbal, emocional, psicológico ou moral. Reconhecem ainda que estas constatações um enfraquecimento generalizado da autonomia das parturientes, pela ausência ou défice de consentimento informado, fornecimento de informações tendenciosas ou manipuladas ou mesmo falta destas e que o sistema de saúde tem invocado uma atitude paternalista que inibe o empoderamento das parturientes, a sua individualidade e necessidades.

Ainda, de acordo com a análise efetuada pelos autores, as parteiras associam a violência obstétrica a desigualdades de género, pois o género é um determinante social mesmo na área da saúde. Mais ainda, as parteiras assumem que a desigualdade social e a relação patriarcal entre profissionais levam à vulnerabilidade obstétrica dentro da instituição.

Em suma, os autores concluem que as mulheres são vítimas de má prática, não sendo a sua vulnerabilidade considerada. Mais ainda afirmam que as mulheres não são vistas como seres

biopsicossociais, pelo que a sua dignidade é posta em causa. E por fim, que estas não estão têm plenos conhecimentos dos seus direitos não potenciando por isso a sua capacidade de decisão.

Referência bibliográfica:

Martín-Badia, J., Obregón-Gutiérrez, N. & Goberna-Tricas, J. (2021). Obstetric Violence as an Infringement on Basic Bioethical Principles. Reflections Inspired by Focus Groups with Midwives. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(23),1-15.

Apêndice IV – Questionário

N.º de código:

QUESTIONÁRIO

Ex.mo Sr. Enfermeiro, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, do 11º Curso da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um estudo com a temática Violência Obstétrica no parto: a perceção do Enfermeiro Obstetra, de forma a identificar qual a perceção do Enfermeiro Obstetra sobre a violência obstétrica no parto, sendo que a sua participação será essencial para o desenvolvimento do estudo.

Neste sentido, peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário, e asseguro que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade da colheita efetuada, com base na minha obrigação e dever ao sigilo profissional.

Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos ou para divulgação científica, sendo posteriormente destruídos ao final de cinco anos.

Dados Sociodemográficos

1. Género

Feminino Masculino

2. Idade _____(anos)

3. Estado Civil? _____

4. Tem filhos?

Sim Não

5. Formação Académica:

Especialidade Mestrado Doutoramento

Área específica: _____

6. Tempo de exercício profissional como EEESMO ____ (anos)

Questões

1. Formação na área da Violência Obstétrica

Sim Não

2. Concorda com a existência de momentos formativos em serviço onde seja abordado o tema Violência Obstétrica, de forma de capacitar os profissionais de saúde?

Sim Não

3. Considera que as expectativas e desejos apresentados pelas mulheres/casais no momento do parto são respeitados?

Sim Não

3.1 Caso tenha respondido Não, quais as razões que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado?

3.1.1. Relacionado com a instituição:

Falta de recursos humanos

Falta de recursos materiais ou instalações inapropriadas/dificultadoras

Prestação de cuidados rotinizados e protocolados

Outro: _____

3.1.2. Relacionado com a Pessoa/mulher:

Desconhecimento da pessoa enquanto ser bio-psico-socio-cultural e espiritual

Barreira linguística

Expectativas irrealistas/utópicas

Baixa literacia em saúde

Outro: _____

3.1.3. Relacionadas com o Profissional de saúde:

Falta de ética profissional

Exaustão associada à profissão

Falta de empatia





Outro: _____

4. O que considera ser Violência Obstétrica no parto, dê exemplos de situações relacionadas com esta problemática?

5. Já presenciou algum tipo de violência à parturiente?

Sim Não

- 5.1. De que tipo?

-  Física
-  Verbal
-  Psicológica
-  Sexual

- 5.1.1 – Se optou por um “tipo de Violência à parturiente” descreva-a

6. Concorda que as parturientes/casais têm conhecimento sobre a temática Violência Obstétrica?

Sim Não

7. Concorda que utilizam os seus conhecimentos de forma fundamentada quando referem estar sujeitas/os a Violência Obstétrica?

Sim Não

8. E considera que estão capacitados face à defesa dos seus direitos, tal como, ao cumprimento dos seus deveres?

Sim Não

8.1. Se não, porquê?

9. Acha pertinente o desenvolvimento e implementação de um plano de Nascimento como guia informativo e avaliativo para as mulheres/casais grávidos no seu serviço?

Sim Não

10. Que comentário lhe suscita a posição da Ordem dos Médicos relativamente a este assunto, quando declaram que o termo de Violência Obstétrica é inapropriado ao ser aplicado em Portugal?

Muito Obrigada pela sua participação.

Apêndice V
Consentimento Informado

Consentimento Informado

Investigação no âmbito do Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia

Autora: Iolanda Filipa dos Santos Pereira

Ex.mos senhores(as) Enfermeiros (as) Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a realizar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a implementar um estudo com o tema “A Violência Obstétrica no Parto: a perceção do Enfermeiro Obstetra”, cuja finalidade é identificar quais os conhecimentos dos Enfermeiros Obstetras sobre a Violência Obstétrica no parto. Neste sentido, peço a sua colaboração para o preenchimento de um questionário, e asseguro que serão mantidos o anonimato e a confidencialidade da colheita efetuada, com base na minha obrigação e dever ao sigilo profissional.

Todos os dados recolhidos serão utilizados apenas para fins académicos ou para divulgação científica, sendo posteriormente destruídos ao final de cinco anos.

A participação no estudo é voluntária, sendo que lhe é permitido retirar-se a qualquer momento, ou mesmo recusar a participação, sem que ambas as condições sejam punidas ou acarretem consequências para si. Não se verifica risco ou custo associados à participação.

Assim:

- Declaro ter lido e compreendido este documento, tal como, as informações dadas verbalmente.
- É-me possibilitado o esclarecimento de dúvidas acerca do estudo em causa e a qualquer momento recusar a minha participação sem ter de prestar justificações.
- Estou de acordo com os procedimentos do estudo;
- Confirmando que aceito participar neste estudo, permitindo ainda a utilização de dados fornecidos voluntariamente por mim, para fins desta investigação.

- Foi-me dada a garantia de confidencialidade e anonimato pelo investigador.

Muito obrigada pela sua participação.

Nome do Participante _____

Assinatura do Participante _____

Data: ____/____/2021

Nome do investigador _____

Assinatura do investigador _____

Data: ____/____/2021

Apêndice VI

Análise de conteúdo – Categorias e Subcategorias

Análise de Conteúdo do questionário aos Enfermeiros Obstetras – categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
Perceção do Conceito de Violência Obstétrica no Parto	Ausência de Consentimento Informado	<p>“Todo o procedimento sem consentimento da parturiente...” Q1</p> <p>“O não ser realizado o consentimento informado” Q2</p> <p>“Todo o procedimento sem prévio consentimento parturiente” Q4</p> <p>“...não informar o casal das intervenções previstas e seus objetivos assim como mantê-los à margem das decisões por omissão das opções” Q5</p> <p>“Fazer uma intervenção sem explicar á parturiente” Q14</p> <p>“...alguma intervenção realizada sem o seu consentimento...” Q16</p> <p>“Falta de consentimento informado” Q17</p>	7
	Desrespeito pelos direitos e escolhas da parturiente	<p>“...não respeitar os desejos da parturiente” Q1</p> <p>“...episiotomia contra vontade expressa da parturiente” Q4</p> <p>“Desrespeitar a opção do casal quando esta opção não representa entrave às boas práticas ou ao bom desfecho do parto...” Q5</p> <p>“Não ir de acordo com os objetivos da mulher /casal...” Q6</p> <p>“Manter atitudes mesmo que estas sejam recusadas pela utente (desde que não interfiram no bem estar materno fetal)” Q7</p>	15

	<p>“...restringir a presença de acompanhante” Q9</p> <p>“...violação de privacidade...” Q9</p> <p>“...recusa em administrar analgésico...” Q9</p> <p>“Não respeitar as necessidades e opções da grávida/casal” Q12</p> <p>“Recusa de analgesia, por exemplo” Q15</p> <p>“...alguma intervenção realizada [...] com desrespeito pela sua vontade...” Q16</p> <p>“Ir contra as vontades da mulher sem que haja fundamentação científica para tal” Q20</p> <p>“Todos os atos que não respeitem a mulher é não contribuam para o bem estar da grávida e feto” Q21</p> <p>“Não respeitar a vontade da parturiente” Q22</p> <p>“Desrespeito pelas vontades, crenças e vontades da mulher/casal quando estas não colocam em risco a mulher e o bebê” Q23</p>	
Desrespeito pela parturiente enquanto pessoa	<p>“...juízos de valor...” Q1</p> <p>“É considerada violência obstétrica tudo o que são abusos verbais ...violência física” Q9</p> <p>“Arrogância na comunicação” Q10</p> <p>“Ser agressiva na avaliação quer física quer psicológica” Q13</p> <p>“...gritar com a parturiente ou ter um discurso não profissional, expressando opiniões desadequadas ao papel de profissional de saúde” Q16</p> <p>“Agressão verbal e física” Q23</p>	6
	<p>“...manobra de kristeller” Q6</p>	

	Intervenções/práticas não fundamentadas cientificamente	<p>“Má gestão do período expulsivo com excesso de manipulação do períneo...” Q16</p> <p>“Todas as intervenções sem base científica que sujeitam a mulher a desconforto e risco aumentado... Q16</p> <p>“...manobra de Kristeller...” Q16</p> <p>“... grandes episiotomias feitas durante período expulsivo mal gerido...” Q16</p> <p>“...intervenções desnecessárias que em nada contribuem para o fluir do trabalho de parto e parto” Q19</p> <p>“evidência científica apontar como completamente desadequado” Q20</p>	5
--	---	---	---

Quadro 1 – Percepção do Enfermeiro Obstetra sobre a Violência Obstétrica no Parto

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de Frequência
Tipos de Violência Obstétrica	Física	<p>“Executar episiotomia contra a vontade expressa da parturiente para não ser realizada” Q1</p> <p>“Uma bofetada” Q2</p> <p>“Mutilação genital através episiotomia sem consentimento” Q4</p> <p>“Manobra kristeller” Q6</p> <p>“A aplicação de manobra de Kristeller” Q16</p> <p>“Episiotomia” Q19</p> <p>“Parto induzido contra a vontade da grávida” Q22</p>	7
	Verbal	“Utilização de frases ou palavras inadequadas durante o parto” Q3	6

		<p>“Agressividade no discurso dirigido à parturiente” Q7</p> <p>“A forma de dizer as coisas por vezes soa como uma espécie de "vingança" ou dizer coisas inapropriadas para o momento humilhando a parturiente” Q13</p> <p>“Gritar e chamar nomes as senhoras” Q17</p> <p>“Agressividade” Q20</p> <p>“Agressão verbal em que é elevado o tom de voz com insultos e gritos” Q23</p>	
	Psicológica	<p>“Ignorar os seus pedidos quando os mesmos são exequíveis” Q5</p> <p>“Utilização de frases como: “se acontecer alguma coisa ao bebé você é a culpada” Q10</p>	2

Quadro 2 – Classificação do tipo de Violência à parturiente na percepção do Enfermeiro Obstetra

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
Fatores inibidores da capacitação das parturientes	Obtenção de informação de fontes não fidedignas	<p>“Falta de informação fidedigna e enquadrada a cada situação específica” Q5</p> <p>“...informação inadequada sem bases científicas” Q7</p> <p>“Porque não têm formação/ informação credível” Q12</p> <p>“Por vezes deve-se ao que ouvem e agem conforme isso” Q13</p>	4

	<p>Falta de informação/conhecimento da parturiente</p>	<p>“Há muita falta de informação das utentes quanto aos seus direitos e deveres” Q1 “Porque exigem direitos sem terem conhecimento em concreto de causa” Q6 “Falta de informação...” Q7 “Existe muita falta de informação no que concerne ao conhecimento da nossa constituição, do nosso código penal e da biomedicina. Muitas pessoas nem tem conhecimento da sua responsabilidade civil, pelo que não conseguem avaliar os cuidados a luz dos conhecimentos médicos nem dos códigos deontológicos médicos e de enfermagem” Q9 “Porque desconhecem os direitos e os deveres” Q14 “Porque existe muita iliteracia em saúde” Q16 “Por falta de informação...” Q17 “Porque nos deparamos com situações caricatas, como a mulher dizer que não quer tricotomia quando tem depilação total” Q20 “...falta de entendimento que têm deveres a cumprir” Q21</p>	<p>9</p>
	<p>Falta de apoio na seleção de informação</p>	<p>“Falta de empoderamento dos casais” Q4 “orientações incorretas...” Q17 Não sabem selecionar a informação e romantizam muitas vezes o momento do parto” Q19 “Mal-esclarecidos...” Q21</p>	<p>4</p>
	<p>Medo</p>	<p>“Por receio, perante a equipa médica, muitas vezes permitem o que não desejavam para o seu parto...” Q1</p>	<p>2</p>

		“A posição de dependência face aos profissionais a que estão submetidos por medo de represálias por parte destes” Q2	
--	--	--	--

Quadro 3 – Perceção do Enfermeiro Obstetra sobre os fatores inibidores da capacitação das parturientes face à defesa dos seus direitos e cumprimento dos seus deveres

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo	Unidades de Frequência
Conceptualização da Violência Obstétrica	Melhor definição do conceito	<p>“Que é necessário compreender em que consiste a violência obstétrica” Q15</p> <p>“Isto é um caminho que temos que fazer em conjunto entre os casais e os profissionais sem extremismos e medição de força. Todos podemos melhorar, mas não gosto desta visão de carrascos que nos é atribuída, quando procuramos a melhoria dos cuidados prestados e desfechos felizes para a mãe e bebés” Q20</p>	2
	Modelo de práticas	<p>“...atitudes paternalistas” Q4</p> <p>“...Falta de sensibilidade desta classe profissional” Q13</p> <p>“...este termo é uma construção ideológica fomentada por um grupo específico de pessoas que se querem substituir aos profissionais de saúde, propondo alternativas que mais não são que um retrocesso técnico científico que infelizmente já tem tido consequências trágicas para mães e filhos” Q14</p> <p>“Questão cultural” Q22</p> <p>“..., contudo existem situações que devem ser acauteladas no sentido de melhorar determinadas práticas, como por exemplo</p>	5

		abandonar práticas que, pela evidencia científica, já não trazem qualquer benefício e vantagem quer para a mulher como para o bebé...” Q23	
	Práticas médicas	<p>“Os médicos são talvez os que mais praticam VO” Q1</p> <p>“Respondem o que “têm” de responder enquanto defensores de uma classe profissional” Q2</p> <p>“...existe muita VO praticada essencialmente por médicos...” Q4</p> <p>“...deviam ser revistas algumas intervenções por parte das equipas médicas...” Q7</p> <p>“... A maioria da violência obstétrica que presenciei foi realizada por médicos” Q16</p>	5
	Concordância	<p>“Concordo” Q3</p> <p>“Acho que é bem aplicada a resposta” Q6</p> <p>“Concordo...” Q7</p> <p>“Concordo” Q10</p> <p>“Adequado” Q11</p> <p>“Concordo...” Q14</p> <p>“O tema da violência obstétrica é extremamente sensível e não deve ser generalizado para nenhum dos polos. Não considero que em Portugal se verifique violência obstétrica de forma generalizada e indiscriminada...” Q23</p>	7
	Discordância	<p>“Totalmente em desacordo, pois existe muita VO em Portugal” Q1</p> <p>“Totalmente em desacordo...” Q4</p> <p>“Irrealista” Q5</p>	7

		<p>“Discordo, estão completamente fora da realidade que se passa nos Bloco de Partos” Q16</p> <p>“Acho que não trabalham na área...” Q17</p> <p>“Não é inapropriado, mas e mal utilizado” Q19</p> <p>“Será apropriado se efetivamente existir algum tipo de violência” Q21</p>	
	Falta de capacitação das mulheres grávidas	<p>“... existir mais informação disponível para todas as grávidas (com bases científicas) por forma a que elas pudessem fazer escolhas devidamente informadas e esclarecidas” Q7</p> <p>“Isto deve ser um caminho que temos que fazer em conjunto entre os casais e os profissionais ...” Q20</p> <p>“...Por outro lado, deve-se procurar o mais possível ir ao encontro dos desejos e vontades da mulher, e nos casos em que isso não seja possível, através do diálogo e educação para a saúde capacitar os pais para tomarem decisões mais fundamentadas” Q23</p>	3

Quadro 4- Conceptualização da Violência Obstétrica

Apêndice VII

Análise de dados quantitativos

Apêndice VII – Análise dos dados quantitativos

1- Formação na área da Violência Obstétrica

23 respostas

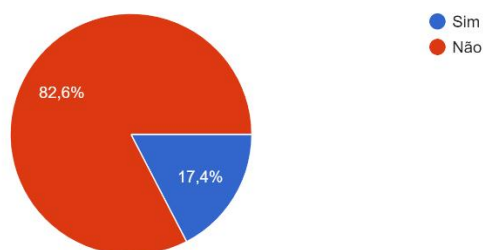


Gráfico 1 – Formação dos EEESMO na área da Violência Obstétrica

2- Concorda com a existência de momentos formativos em serviço onde seja abordado o tema Violência Obstétrica, de forma de capacitar os profissionais de saúde?

23 respostas

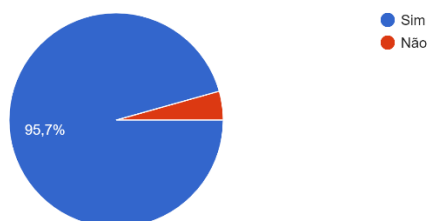


Gráfico 2 – Concordância sobre momentos de formação em serviço sobre o tema Violência Obstétrica

3- Considera que as expectativas e desejos apresentados pelas mulheres/casais no momento do parto são respeitados?

23 respostas

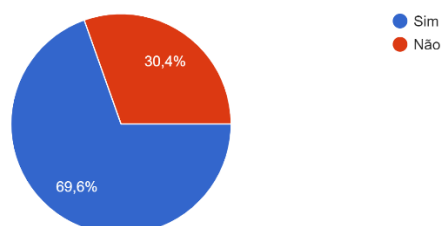


Gráfico 3 – Respeito pelas expectativas e desejos das mulheres/casais no momento do parto

3.1- Caso tenha respondido NÃO, quais as razões que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado?

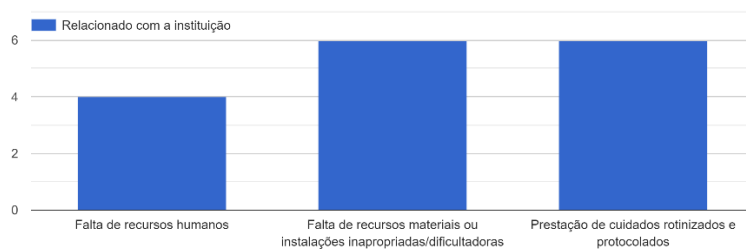


Gráfico 4 – Motivos relacionados com a Instituição que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado

3.2- Caso tenha respondido NÃO, quais as razões que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado?

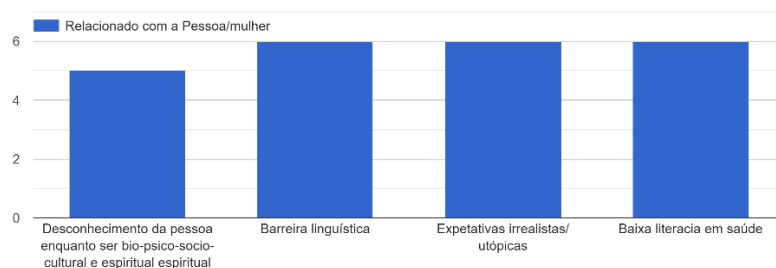


Gráfico 5 – Motivos relacionados com a Parturiente que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado

3.3- Caso tenha respondido NÃO, quais as razões que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado?

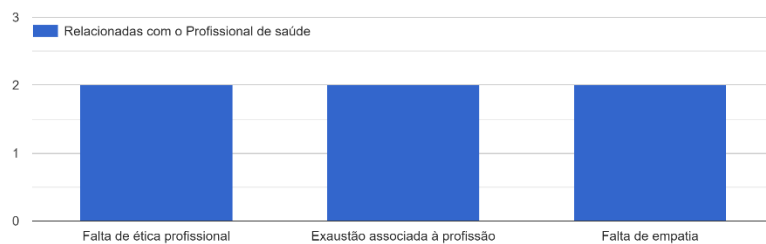


Gráfico 6 – Motivos relacionados com o Profissional de Saúde que contribuem para que o momento do parto seja desrespeitado

5- Já presenciou algum tipo de violência à parturiente?
23 respostas

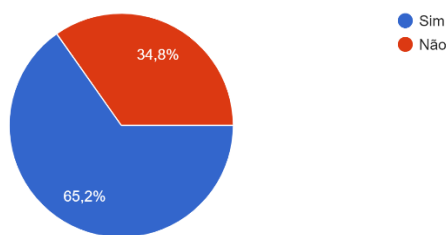


Gráfico 7 – Questão sobre a observação de algum tipo de violência à parturiente

5.1- Se respondeu "Sim", de que tipo?
15 respostas

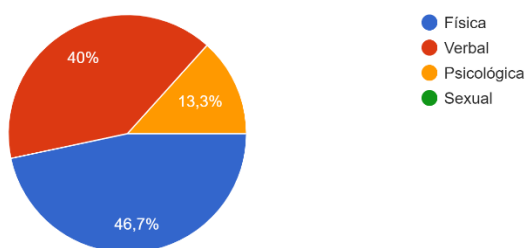


Gráfico 8 – Questão sobre o tipo de violência observada

6- Concorda que as parturientes/casais têm conhecimento sobre a temática Violência Obstétrica?
23 respostas

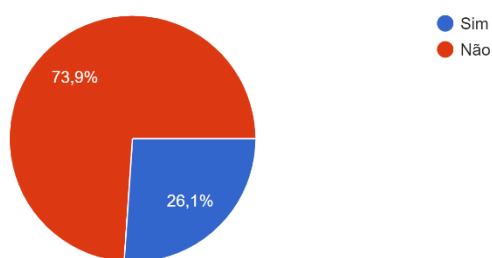


Gráfico 9 – Questão ao EEESMO sobre o conhecimento das parturientes acerca da temática da violência Obstétrica

7- Concorda que utilizam os seus conhecimentos de forma fundamentada quando referem estar sujeitas/os a Violência Obstétrica?

23 respostas

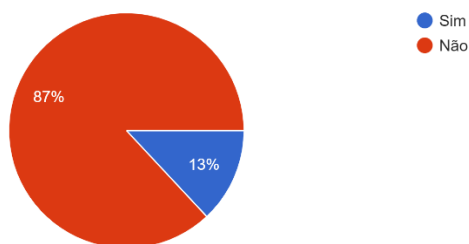


Gráfico 10 – Questão ao EEESMO sobre a utilização fundamentado dos conhecimentos das parturientes quando referem estar sujeitas a violência Obstétrica

8- E considera que estão capacitados face à defesa dos seus direitos, tal como ao cumprimento dos seus deveres?

23 respostas

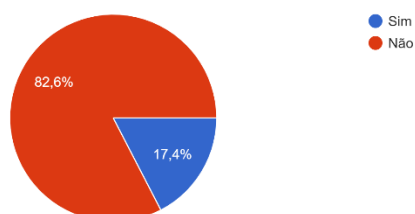


Gráfico 11 – Questão ao EEESMO sobre a capacitação face à defesa dos direitos e cumprimento dos deveres por parte das parturientes

9- Acha pertinente o desenvolvimento e implementação de um plano de Nascimento como guia informativo e avaliativo para as mulheres/casais grávidos no seu serviço?

22 respostas

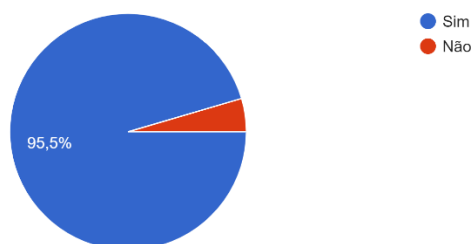


Gráfico 12 – Questão ao EEESMO sobre a pertinência do desenvolvimento e implementação de um plano de nascimento, no serviço em que exercem funções, como guia informativo e avaliativo para as mulheres/casais grávidos

Apêndice VIII

Sessão de Educação para a Saúde: Aleitamento Materno



ALEITAMENTO MATERNO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
11.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E DISTRICTICA
C/ALameda Pereira nº 1249
EN.º ORIENTADORA: D. LIGIA SANTOS LEALMD
DOCENTE: PROF.ª ISABEL SIERRA

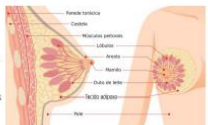
Sumário

Mitos e Crenças sobre Aleitamento Materno	Aleitamento Materno	Vantagens do aleitamento materno	Anatomia/fisiologia da mama
A Alterações Mamárias na Amamentação	Conservação do leite materno	Amamentação e contração	

- ### Mitos e Crenças
- O processo de amamentação é fácil
 - Se não iniciar a amamentação imediatamente após o parto, não poderá fazê-lo mais.
 - Se quiser amamentar o bebé não pode recorrer ao leite adaptado
 - É inevitável e habitual o aparecimento de problemas nas mamas e mamilos
 - Deve-se higienizar os mamilos antes da amamentação
 - O leite materno é fraco ou a mãe não produz o suficiente se a mama for pequena
 - O bebé necessita de beber água ou chá
 - A partir dos três meses, o bebé precisa de outros alimentos
 - Durante o repouso a mãe deve manter-se afastada do bebé
 - A alimentação materna deve ser simples
 - A prática de desporto pode afetar o sabor do leite
 - A mãe não deve amamentar se estiver doente ou a tomar medicamentos
 - O trabalho perturba a amamentação
 - Mulher a amamentar não engravida



Anatomia / Fisiologia da mama da Mama



- Após o parto são libertadas grandes quantidades de **prolactina** para a corrente sanguínea (hormona produzida pela hipófise anterior).
- Ação da prolactina nos alvéolos mamários (idênticos aos cachos de uvas) origina a produção de leite.
- O leite segue para os ductos lactíferos que terminam nos lóbulos (localizados abaixo das aréolas).


Continuação...

- O leite flui dos lóbulos para a boca do bebé através dos poros mamilares.
- Através da sucção efetuada pelo bebé, as terminações nervosas mamilares são estimuladas (estas ramificam até ao cérebro ativando a Hipófise posterior).
- A Hipófise posterior vai produzir a hormona **ocitocina**
- A ocitocina em circulação irá provocar contrações nos músculos mamários, que atuam nos alvéolos e lóbulos, levando à ejeção do leite possibilitando a sua saída



A OMS aconselha....

- O aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade.
- Após os 6 meses de idade deve ser mantido o aleitamento materno em complementaridade com a nova alimentação do bebé, até aos 2 anos de idade ou mais.



Aleitamento Materno

É o método mais barato e seguro

Deve ser praticado em regime livre, mas o bebé deve mamar entre oito e dez vezes, nas vinte e quatro horas do dia, até ao primeiro mês de vida

Até riacção centrária da mãe


Não necessita de suplemento de leite adaptado ou água.

O leite materno é a principal fonte de alimentação para o RN

Vantagens do aleitamento materno para a mãe




Hormonas na amamentação



Ocitocina

- Responsável pela ejeção do leite (passagem pelos ductos)
- Hormona do amor
- Antagonista é a adrenalina
- Contratilidade Uterina

Prolactina


- Estimula a produção de leite
- O nível basal da prolactina mantém-se à sempre elevado e aumenta cada vez que o bebé mamar
- Os níveis hormonais aumentam no período noturno
- Sonolência

Sistema prolactinário e dor

E porquê dar de mamar frequentemente?

O motivo é justificado com o nível de prolactina e a sua produção pelo organismo.

Cerca de 3 horas após a mamada, o nível de prolactina atinge o pico máximo, e se estimulada a sua produção, o alcance de um novo pico mais acentuado pode verificar-se, mas esta situação só se verifica se o bebé mamar antes que a prolactina diminua os seus valores para a sua linha basal.



Este é o motivo pela qual as mamadas devem ser frequentes, mesmo que de forma breve, estimula mais a produção de leite do que mamadas prolongadas

A famosa "Boa Pega"

- A boca do bebé está bem aberta
- O lábio inferior virado para fora
- Aréola superior mais visível do que a inferior
- O nariz encontra-se direcionado para o mamilo mas livre
- Bochecha cheia quando há sucção
- O queixo está próximo da mama



Continuação...

Além da pega correta, o posicionamento do bebê em relação ao corpo da mãe também muito importante!

- Independente da posição adotada, deve-se:
 - Alinhar o corpo do bebê (orelha/ombro/anca)
 - Barriga do bebê junto da barriga da mãe
 - Apoiar a cabeça e ombros do bebê
 - O bebê é que vai à mama e não o contrário
 - Posicionar a mão em C



Composição do Leite Materno

Tipos de leite materno:

Colostro (1ª semana): consistência espessa, de cor amarelada ou transparente, rico em água, açúcar e fatores protetores

Leite de transição (entre a 1ª e a 3ª semana): Rico em açúcar e gorduras

Leite maduro (a partir da 3ª semana): tem todos os nutrientes necessários ao desenvolvimento da criança (tem proteínas nutritivas)

Modifica:

- Ao longo do dia
- Longo da mamada
- Conforme a idade do bebê



O colostro

Combate as infecções - glóbulos brancos

Ajuda no sistema imunológico e no funcionamento do intestino do bebê - anticorpos IgA (reveste o trato gastrointestinal)

Ajuda a evitar a icterícia - efeito laxante

Vitaminas e minerais:

- vitamina A - importante para o desenvolvimento da visão, para a pele e para o sistema imunológico
- Magnésio - ajuda no funcionamento do coração e reforça os ossos do bebê
- Cobre e o zinco - ajudam a desenvolver o sistema imunológico



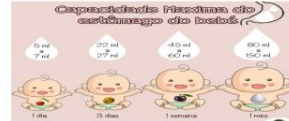
Continuação...

- O colostro auxilia no **crecimento e desenvolvimento do bebê** pelas proteínas e nutrientes que contém.
- É relativamente pobre em lactose.
- O colostro tem composição semelhante ao do **líquido amniótico** (que o bebê engoliu e excretou no útero), é o **facilitador ideal** para sua transição para o mundo exterior.

COLOSTRO



Capacidade de leite ingerido pelo bebê



- Anticorpos
- Hormonas
- Células estaminais
- Glóbulos brancos
- Bactérias (protegem o sistema digestivo)
- Probióticos (protegem o intestino)
- Ácidos gordos (desenvolvimento cérebro, sistema nervoso e olhos)
- Enzimas (reforçam o sistema digestivo e o imunitário)
- Nucleotídeos (padrões dormir-acordar saudáveis)
- Lactose (um açúcar natural que se encontra no leite) e/ou outros açúcares, como xarope de milho, frutose ou maltodextrina
- Óleos à base de plantas (palma, colza, coco, girassol e soja)
- Ácidos gordos
- Vitaminas e minerais (origem animal/plantas)
- Algumas enzimas e aminoácidos
- Probióticos (em alguns leites de fórmula)



LEITE MATERNO VS LEITE ARTIFICIAL

Sinais de Prontoidão

- Bebê começa a acordar e a abrir os olhos
- Olha em redor e emite sons
- Abre a boca e coloca a língua de fora
- Faz movimentos de sucção como se estivesse a mamar
- Mexe os braços e aproxima as mãos da boca
- Chora



Sinais de sucesso na amamentação

- Padrão de eliminação vesical do bebê sem alterações (micções urinárias regulares e líquido claro)
- Padrão de eliminação intestinal do bebê sem alterações (dejeções frequentes)
- Boa vitalidade do bebê
- Ausência da perda ponderal no bebê nas primeiras duas semanas após o nascimento
- Contração uterina durante as mamadas
- Esvaziamento mamário após amamentar



Alterações Mamárias na Amamentação

- Injúrgitamento mamário
- Bloqueio dos ductos
- Mastite puerperal
- Mamilos dolorosos e / ou com fissuras (gretados)



Injúrgitamento mamário

Causa: "subida" do leite (ocorre entre o 2º e 3º dia)

Sinais: Mamas tensas, brilhantes e dolorosas

Sintomas: mamas pesadas e duras (↑leite, fluidos e sangue)

O que fazer?

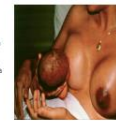
- Mamadas frequentes e eficazes

• Massagem

• Aplicação de calor antes da mamada (efeito vasodilatador)

• Ligeira extração manual antes do bebê ir à mama

• Aplicação de frio após a mamada (efeito vasoconstritor)



Bloqueio dos ductos

Causa:

- Roupa íntima apertada
- Pega inadequada
- Défice no esvaziamento da mama

O que fazer?

- Alterar posicionamentos de forma a esvaziar todas as quadrantes da mama

• Efetuar leve pressão, com os dedos, no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar uma qualquer parte da mama

• Roupas confortáveis e um soutien que suporte a mama mas não a comprima



Posicionamento na mama



Namílos dolorosos e /ou com fissuras (gretados)

Causas:

- Má pega do bebé
- Mamilo usado para fazer de "chucha"

O que fazer?

- Coloque a criança numa posição correta
- Certificar-se que os sinais de boa pega estão presentes
- Secagem adequada dos mamilos
- Aplicar o próprio leite no mamilo

e areíola, tal como recorrer à pomada cicatrizante após o banho e cada mamada (lanolína)

- Suspender a mamada apenas quando o bebé soltar espontaneamente a mama.

De forma a evitar complicações e se necessitar de retirar o bebé da mama, deve colocar um dedo na boca do bebé de modo a interromper a sucção.



Mastite puerperal

Causas:

- Obstrução do ducto mamário
- Ingurgitamento mamário grave

Sinais: calor, rubor (vermelhidão) e tumefação

Sintomas: mau estar e febre.

O que fazer?

- Procurar médico
- Extrair o leite manualmente ou recorrendo à bomba.

Amamentar do lado oposto à mama afetada se indicação do obstetra

- Após esvaziamento, aplicar gelo no local



Conservação do leite materno

- Conservação no frigorífico ou no congelador
- Armazenamento pode ser efetuado em sacos de congelação de leite ou recipientes de plástico rígido ou vidro e com tampa.

Recolha de leite materno



Continuação...

- Dividir em pequenas porções por diferentes recipientes e colocar no frio
- Congelar assim que obtinha o pretendido
- 48 horas no frigorífico (possibilidade de congelar ainda)

- Não adicionar leite acabado de extrair ao leite que se encontra frio ou congelado
- Identificar (data da extração)
- Atenção ao risco de contaminação do leite materno quando acondicionado no frigorífico



Como descongelar o leite materno?

- Retirar e colocar no frigorífico na noite anterior
- Agitar suavemente o leite para a mistura ficar homogénea
- Não ferver
- Descongelar a totalidade disponível num recipiente
- Não utilizar o micro-ondas
- Após descongelado usar no prazo de 24 horas



Amamentação e contraceção

- Aleitamento materno em horário livre
- Amenorreia pós-parto
- Máximo de 5 horas entre mamadas
- Sem suplementos de outro leite ou alimento
- Sem interrupções/intervalos noturnos

A amamentação NÃO É um método contraceptivo eficaz



♥ Obrigada! ♥



Fim

Apêndice IX

Sessão de Educação para a Saúde: O papel do pai/companheiro na família – elo de ligação

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

O PAPEL DO PAI/COMPANHEIRO NA FAMÍLIA



ELO DE LIGAÇÃO

Docente orientadora: Isabel Maria Guerra Gordinho de Rogado Serra
Enfermeira orientadora: Olga Romeira


A GRAVIDEZ É UM MOMENTO MUITO IMPORTANTE NA VIDA DA MULHER E DO CASAL

A gravidez, o parto e o puerpério são momentos muito vulneráveis para a mulher e extenuantes tanto física como psicologicamente.

O apoio à futura mamã é um trabalho muito importante e que deve ser fomentado pelo pai/companheiro, sendo que se traduz em bem-estar não só para a esta, mas também para o casal e para o bebé.

COMO O FUTURO PAPÁ PODE APOIAR?

- Na gravidez
- No parto
- No regresso à casa



DESCONFORTOS PSICOLÓGICOS

Humor


- Medo
- Stress
- Tensão
- Dificuldade em gerir emoções

Ansiedade

- Irritabilidade
- Mau estar
- Alterações de humor

Depressão

- Tristeza
- Fadiga
- Fobia Social



DESCONFORTOS FÍSICOS


No decurso da gravidez:

- Aumento mamário
- Náuseas
- Pele
- Fadiga
- Alterações abdominais e perineais
- Dor lombar
- Alterações do padrão de eliminação vesical
- Alterações da visão



SINAIS DE ALERTA DURANTE A GRAVIDEZ

- Perda de sangue (Hemorragia Vaginal)
- Perda de líquido pela vagina
- Dores abdominais ou pélvicas persistentes
- Corrimento vaginal com prurido
- Febre
- Dor ou ardor ao urinar
- Vômitos persistentes
- Cefaleias fortes ou contínuas
- Perturbações da visão
- Diminuição dos movimentos fetais



A GRAVIDEZ

A descoberta de uma gravidez é sem dúvida um momento importante e feliz para ambos os progenitores, mas para alguns homens pode ser intimidante e até assustador.


O momento de choque inicial existe, é **NORMAL!**

O que fazer?

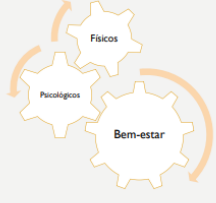
ENVOLVIMENTO

- Processo de crescimento
- Alterações na mulher
- Expetativas
- Escolhas
- Partilha de sentimentos

GRAVIDEZ SAUDÁVEL



Ainda que seja potenciado o bem-estar da mulher, as mudanças a que é sujeita em todas as suas vertentes enquanto ser bio-psico-socio-cultural e espiritual, podem traduzir certos desconfortos que, se do conhecimento do pai/companheiro, são atenuados e revertem em ganhos em saúde da mulher/casal.



LIGAÇÃO TRIÁDE IN-UTERO

A ligação estabelecida entre mãe-pai-bebé inicia-se na gravidez.

Torna-se importante, já nesta fase, a comunicação com o bebé sendo que ele já tem capacidade de ouvir.

As interações in-utero são a chave para a efetivação do vínculo afetivo.



Estabelecimento do vínculo pai-bebé

Escutar e falar com o bebé

Chamá-lo pelo próprio nome ou um diminutivo

Brincar

Estar atento aos movimentos

Acariciar o abdómen materno

PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO

"...Hoje em dia, o homem que vai ser pai também engravida, na cabeça e no coração..."

São cada vez mais os homens que acompanham o desenvolvimento da gravidez, que participam nas consultas, nos exames pré-natais e ainda nas aulas de preparação para o parto e para a parentalidade.

O PARTO

Preocupações

- ✓ Chegar atempadamente ao local do parto;
- ✓ Não demonstrar desconhecimento;
- ✓ Reconhecer os sinais de trabalho de parto;
- ✓ Desconhecimento do local e equipamentos disponíveis na sala de parto;
- ✓ Desconhecimento da equipa multidisciplinar;
- ✓ O que é esperado pela sua companheira;

Matta & Creswell, 2005; Longo, 2008; Sousa, 2010

Sinais de trabalho de parto

Contrações
(Barriga dura, dor na região abdominal, pélvica e lombar)

5/11

Contrações de 5 em 5 minutos;
Duração de 1 minuto;
Na última hora.

Perda de líquido

- Não tem cheiro
- Não tem cor
- Não se controla a sua saída

Cor esverdeada claro ou escuro
Ir de imediato para a maternidade.

Lorenzetti & Parry, 2008; Grigg, 2017

SERVIÇO BLOCO DE PARTO



MALA DO PAI

- Água
- Creme ou óleo para massagem
- Barra energética
- Rebuçados para os dois
- Medicação que tome habitualmente
- Moedas (para máquinas de café do hospital)
- Telemóvel com carregador



O QUE É ESPERADO DO PAI DURANTE A PERMANÊNCIA NA SALA DE PARTO?

<p>Atenção direcionada 100% para a grávida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atenção às suas necessidades • Confortar • Estar tranquilo 	<p>Ser prático mas carinhoso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar-se para fazer uma massagem • Transmitir carinho • Dê a mão • Ajudar com as técnicas respiração 	<p>Crie um ambiente de segurança e conforto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir privacidade • Adequar luminosidade • Ajudar na diminuição de stress 	<p>Transmita confiança</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivá-la • Dar um palavra de apoio para que suporte as contrações • Incentivar o uso das técnicas respiratórias
--	--	---	---

Bhatta & Creswell, 2005; Longo, 2008; Sousa, 2010

O QUE É NÃO ESPERADO DO PAI DURANTE A PERMANÊNCIA NA SALA DE PARTO?

Questionar tudo

- Ouça, observe e evite incomodar a companheira com perguntas desnecessárias

Não cumprir regras institucionais

- O lugar do pai é do lado da grávida

Evitar a utilização excessiva de telemóvel

- para fotografar ou filmar o momento

Evitar ser rígido e impaciente com a companheira

- Deve orientar a grávida e assumir a vertente de companheiro carinhoso e atento

Bhatta & Creswell, 2005; Longo, 2008; Sousa, 2010

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO



Ato ou intervenção dispensável, dirigida à parturiente ou ao recém-nascido (RN), executado sem o consentimento declarado da mulher, tal como o desrespeito pela sua autonomia, integridade física e psicológica e escolhas

(Almeida & Pereira, 2008; Silva, et al & Diniz, 2014; Malhada, 2008; Sassi & Soares, 2010; Almeida, et al & Santana, 2012)

TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Físicas e verbais

- Recusa do atendimento ou atendimento desumanizado;
- Restrição ou privação de acompanhamento;
- Desrespeito dos direitos da parturiente;
- Intervenções dispensáveis ("Manobra de kristeller", tricotomia, episiotomia, toque vaginal excessivo)
- Implementação de métodos que interrompem o natural percurso do parto
- Abuso medicamentoso (ocitocina rotineira)

(Sousa & Pereira, 2008; Silva, et al & Diniz, 2014; Malhada, 2008; Sassi & Soares, 2010; Almeida, et al & Santana, 2012)

DIREITOS À PARTURIENTE

Artigo 15.º A

1 - De acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde, são reconhecidas em matéria de prevenção ou prevenção, no parto, a utilização de técnicas de apoio, se possível, no momento do parto, a labor natural, o parto natural.

2 - O direito à informação, ao consentimento informado, à escolha informada, e o respeito pela sua identidade e privacidade.

3 - O direito à confidencialidade e à privacidade.

4 - O direito a ser tratado com dignidade e com respeito.

5 - O direito de não ser tocado ou tocado sem o seu consentimento informado.

6 - O direito à liberdade de movimento que permite a ele a sua própria distribuição.

7 - O direito a manter os membros cobertos de modo que não seja exposto a ninguém.

8 - O direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito de não ser obrigado.

Artigo 15.º B

1 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

2 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

3 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

4 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

5 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

6 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

7 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

8 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

9 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

10 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

11 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

12 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

13 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

14 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

15 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

16 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

17 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

18 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

19 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

20 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

21 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

22 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

23 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

24 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

25 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

26 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

27 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

28 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

29 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

30 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

31 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

32 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

33 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

34 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

35 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

36 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

37 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

38 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

39 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

40 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

41 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

42 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

43 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

44 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

45 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

46 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

47 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

48 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

49 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

50 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

51 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

52 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

53 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

54 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

55 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

56 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

57 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

58 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

59 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

60 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

61 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

62 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

63 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

64 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

65 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

66 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

67 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

68 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

69 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

70 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

71 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

72 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

73 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

74 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

75 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

76 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

77 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

78 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

79 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

80 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

81 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

82 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

83 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

84 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

85 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

86 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

87 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

88 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

89 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

90 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

91 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

92 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

93 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

94 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

95 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

96 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

97 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

98 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

99 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

100 - O parto é realizado em condições de segurança e de bem-estar para a mulher e o recém-nascido.

(Almeida & Pereira, 2008; Silva, et al & Diniz, 2014; Malhada, 2008; Sassi & Soares, 2010; Almeida, et al & Santana, 2012)

O QUE DESMISTIFICAR FACE À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO?

- Nem sempre é possível satisfazer os desejos ou condições colocadas pela grávida/casal, quando se coloca em causa a sua saúde e a do seu bebé.
- As ações consentidas pela grávida/casal, face a qualquer intervenção efetuada no decorrer do parto não podem ser interpretadas como uma violência obstétrica.
- A mulher é a protagonista da sua história, e o seu bem-estar e o do seu bebé são soberanos!
- O **Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, de acordo com as competências definidas pela OE (2010), especificamente, "Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto" (p.5), enfatiza um ambiente seguro e otimiza a saúde da mulher e a do RN, efetivando assim a natureza elementar do papel desempenhado face à prevenção de VO no parto.

(Almeida & Pereira, 2008; Silva, et al & Diniz, 2014; Malhada, 2008; Sassi & Soares, 2010; Almeida, et al & Santana, 2012; OE, 2010)

O PAPEL DO PAI NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO

O papel do pai/companheiro é muito importante no momento do parto, sendo que este conhece não só os desejos da grávida mas também as suas fragilidades.

Neste sentido, o pai pode interpretar e traduzir as suas necessidades e as suas vontades.

Deve:

- Estar focado na grávida e em todas as suas carências do momento
- Garantir um ambiente calmo e seguro
- Ser agente intermediário entre a grávida e a equipa multidisciplinar



O REGRESSO A CASA

Puerpério

Período que se inicia imediatamente após o parto, até ao momento que se verifica o retorno dos órgãos reprodutores da mulher ao estado não grávido, compreendendo mais ou menos seis semanas!

Neste período ocorre não só transformações fisiológicas, como também psicológicas!



ALTERAÇÕES NO PÓS-PARTO

- > Reajustamento das estruturas anatómicas
- > Reajustamento dos processos fisiológicos
- > Enquadramento psicológico, emocional e social face às alterações sucedidas com o nascimento de um bebé

Mulher

- Debitada
- Cansada
- Dor e desconforto



NO REGRESSO A CASA O PAPEL PRINCIPAL DO PAI VOLTA A RELEVAR-SE!

O segredo é a parceria!

Envolvência nas dinâmicas familiares:

- ✓ Tarefas de casa
- ✓ Cuidados ao bebé
- ✓ Ida às compras
- ✓ Liderança na cozinha

Menos sobrecarga de tarefas para a companheira



PARTICIPAÇÃO DO PAI NO ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação, por todas as vantagens que lhe estão associadas, é reconhecida como um pilar essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, mas o processo pode ser difícil para a mulher!

Mãe

- Ajudar o útero a voltar à sua forma
- Ajudar a reduzir a hemorragia pós-parto
- Reduz o risco de cancro do ovário e mama
- Protege a saúde da mãe

Bebé

- Adequado às necessidades do bebé
- Fácil de digerir
- Atua como laxante
- Protege o sistema gastrointestinal, respiratório e urinário
- Efeito protetor face a alergias
- Ajuda o desenvolvimento do bebé

O PAPEL DO PAI NO ALEITAMENTO MATERNO

- Oferecer suporte emocional
- Contribuir para manter um ambiente calmo e livre de pessoas inconvenientes
- Assumir as tarefas domésticas de forma a permitir que a companheira faça períodos de descanso
- Apoiar a decisão da companheira em relação à amamentação
- Cuidar do bebé após a mamada
- Dar suporte face aos cuidados às mamas



LICENÇA PARENTAL INICIAL EXCLUSIVA DO PAI

Direito a licença parental exclusiva do pai de 20 dias úteis seguidos ou interpolados, pagos a 100% da remuneração, de gozo obrigatório, nas 6 semanas seguintes ao nascimento do bebé, cinco dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento.

No momento de bastante fragilidade a companhia do pai é fundamental!



Comportamento gera comportamento, por isso trabalhem em equipa e sejam felizes!

OBRIGADO!



ALGUEM@EXAMPLE.COM

Apêndice X

**Planeamento da Sessão: O papel do pai/companheiro na família – elo de
ligação**

FORMAÇÃO: O papel do pai/companheiro na família – Elo de ligação

Formadora: Estudante do 11º CMESMO ESEL Iolanda Pereira

Orientadora Clínica: Enfermeira Especialista ESMO Olga Santos Romeira

Docente Orientador: Professora Isabel Serra

DESTINATÁRIOS: Grávidas

OBJETIVO GERAL: Refletir com a equipa de saúde sobre este cuidado como uma importante estratégia de gestão da dor do parto e prevenção de trauma perineal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Divulgar a evidência científica sobre a aplicação de calor no períneo durante o parto; apresentar as recomendações internacionais referentes ao tema.

DATA: A definir

TEMPO PREVISTO: 20 minutos

HORÁRIO: A definir

Apêndice XI

Sessão de Educação para a Saúde: Violência Obstétrica no Parto



Violença Obstétrica no Parto

Masterado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Unidade Curricular Estágio com Relatório
Escola Clínica V - Bloco de Parto
Islandia Filipa dos Santos Pereira Nº 9661
Orientador: Professora Maria Anabela Ferreira dos Santos
Enfermeiras Orientadoras: Carla Mota e Nízia Neves

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Índice

- Objetivos
- Revisão da Literatura
- Scoping Review
- Plano de Nascimento Vs Questionário de avaliação pós-parto

Objetivos

- Alertar para a problemática da Violência Obstétrica no Parto
- Apresentar a Scoping Review
- Informar sobre a importância do Plano de Partos e Questionário de avaliação pós-parto

Revisão da Literatura

Violença

... uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação" (WHO, 2002, p. 1)

Violença Obstétrica

Prática do desrespeito e discriminação nos partos, pré-natal e parto "soluções dos direitos humanos básicos das mulheres" (Dias, Neufeld, Rodrigues, Torres & Simões, 2014, p. 410)

Qualquer ato ou intervenção dispensável dirigida à parturiente ou ao recém-nascido, executado sem o consentimento declarado da mulher, tal como o desrespeito pela sua autonomia, integridade física e/ou psicológica. (Benedict & Neves, 2002; Silva, et al. & Simões, 2014; Torres, 2002; Silva & Simões, 2010; Simões et al., 2004a, 2004b; Simões, 2005; Silva, et al. & Simões, 2014)

Problema lícito de saúde pública e de violação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres. (WHO, 2002)

OMS

A pertinência desta temática como um problema lícito de saúde pública e de violação dos direitos humanos, reprodutivos e sexuais das mulheres, foi validada e declarada em 2018 através do documento:

"Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde"

Neste é revelado medidas que visam a eliminação do desrespeito e abuso contra as mulheres durante o parto institucionalizado, com enfoque na promoção do cuidado humanizado. (WHO, 2018)

Desrespeito e abusos durante o parto institucionalizado incluem:

Violência física;
Violência verbal;
Procedimentos médicos coercivos ou não consentidos;
Inexistência de confidencialidade;
Consentimento esclarecido inexistente antes da execução de procedimentos;
Recusa de medicação analgésica;
Graves violações da privacidade;
Impedimento no que se refere ao internamento em instituições de saúde;
Negligência no cuidado no parto potenciando complicações e situações que acarretam risco de vida;
"Desrespeito de mulheres e seus recém-nascidos nas instituições, após o parto, por incapacidade de pagamento".

OMS ressalta ainda que os abusos, maus-tratos e desrespeito é superior quando se trata de adolescentes, mulheres solteiras, de baixo nível socio-económico, de diferentes étnias, migrantes e ainda as mulheres portadoras de HIV. (WHO, 2018)

5 medidas na promoção do cuidado

- "Maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra o desrespeito e os maus-tratos";
- "Começar, apoiar e manter programas desenhados para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso como componente essencial da qualidade da assistência";
- "Enfocar os direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto";
- "Produzir dados relativos a práticas respeitosas e desrespeitosas na assistência à saúde, com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais";
- "Envolver todos os interessados, incluindo as mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas".

"Toda mulher tem direito ao melhor padrão atingível de saúde, o qual inclui o direito a um cuidado de saúde digno e respeitoso" (WHO, 2018)

Direitos da parturiente

Em Portugal

Os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, tanto na gravidez, parto e pós-parto são protegidos pela Lei 15/2014, Diário da República, 1.ª série — n.º 42 — 21 de março de 2014

INCLUI, ALÉM DESTES, O direito a que seja mantida a privacidade, durante o trabalho de parto e parto, um ambiente significativo de saúde e cuidados adequados; O direito ao respeito, ao esclarecimento, ao consentimento informado, à privacidade e à confidencialidade.

ONU - Relatório das Nações Unidas violência contra as mulheres

Neste documento, designado de "Uma abordagem baseada nos direitos humanos sobre maus-tratos e violência contra as mulheres nos serviços de saúde reprodutiva, com foco no parto e na violência obstétrica" é realizado o aumento de denúncias de mulheres referentes a situações de maus-tratos e violência durante o parto. Refere-se ainda que:

"continuação da violação de direitos que ocorrem no contexto mais vasto da desigualdade estrutural, discriminação e patriarcal, e do também o resultado da falta de educação e formação adequadas, bem como da falta de respeito pela igualdade de género e direitos humanos das mulheres."

Recomendações:

- 1. Melhorar a formação dos profissionais de saúde reprodutiva e obstétrica.
- 2. Melhorar a formação dos profissionais de saúde reprodutiva e obstétrica.
- 3. Melhorar a formação dos profissionais de saúde reprodutiva e obstétrica.
- 4. Melhorar a formação dos profissionais de saúde reprodutiva e obstétrica.

Prevenção da VO (WHO, 2018)

Direitos da parturiente

Lei nº 110/2019: Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março.

Artigo 17.º
Princípios

- 1 - São com o objetivo de assegurar a proteção da saúde, dos resultados na saúde da procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, a todos os intervenientes, os seguintes princípios:
- 1 - O direito à informação, ao consentimento informado, à recusa informada, e o respeito pela sua liberdade de escolha;
- 2 - O direito à confidencialidade e à privacidade;
- 3 - O direito a ser tratado com dignidade e respeito;
- 4 - O direito de ser informado e de tomar decisões sobre a sua saúde;
- 5 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 6 - O direito à liberdade de movimento;
- 7 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 8 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 9 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 10 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 11 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 12 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 13 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 14 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 15 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 16 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 17 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 18 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 19 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 20 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 21 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 22 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 23 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 24 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 25 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 26 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 27 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 28 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 29 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 30 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 31 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 32 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 33 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 34 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 35 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 36 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 37 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 38 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 39 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 40 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 41 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 42 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 43 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 44 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 45 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 46 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 47 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 48 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 49 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 50 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 51 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 52 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 53 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 54 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 55 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 56 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 57 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 58 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 59 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 60 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 61 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 62 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 63 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 64 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 65 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 66 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 67 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 68 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 69 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 70 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 71 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 72 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 73 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 74 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 75 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 76 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 77 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 78 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 79 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 80 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 81 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 82 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 83 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 84 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 85 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 86 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 87 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 88 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 89 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 90 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 91 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 92 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 93 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 94 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 95 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 96 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 97 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 98 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 99 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 100 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;

Violença Obstétrica

A primeira lei a conceptualizar a violência obstétrica foi aprovada em 2007 na Venezuela, sendo nomeada de "Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia"

- Refer-se a uma forma inadequada de apropriação do corpo da mulher face às suas reais necessidades corporais e reprodutivas, por parte dos profissionais de saúde, expressa por atos desumanos, abuso medicamentoso e desrespeito pelo decurso natural dos processos humanos, com repercussões nefastas para a saúde da mulher e sua qualidade de vida.
- Em 2018, em Portugal, foi exibido um Projeto de Lei n.º 872/XIII/3.ª que visa o Regime de proteção ao pré-conceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, aprovado em 19 de julho de 2019, contudo não se verifica até ao presente momento um enquadramento legal específico da Violência Obstétrica no nosso país.

(Ferreira, 2018)

Artigo 17.º
Princípios

- 1 - São com o objetivo de assegurar a proteção da saúde, dos resultados na saúde da procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, a todos os intervenientes, os seguintes princípios:
- 1 - O direito à informação, ao consentimento informado, à recusa informada, e o respeito pela sua liberdade de escolha;
- 2 - O direito à confidencialidade e à privacidade;
- 3 - O direito a ser tratado com dignidade e respeito;
- 4 - O direito de ser informado e de tomar decisões sobre a sua saúde;
- 5 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 6 - O direito à liberdade de movimento;
- 7 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 8 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 9 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 10 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 11 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 12 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 13 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 14 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 15 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 16 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 17 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 18 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 19 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 20 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 21 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 22 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 23 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 24 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 25 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 26 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 27 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 28 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 29 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 30 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 31 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 32 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 33 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 34 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 35 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 36 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 37 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 38 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 39 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 40 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 41 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 42 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 43 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 44 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 45 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 46 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 47 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 48 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 49 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 50 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 51 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 52 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 53 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 54 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 55 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 56 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 57 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 58 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 59 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 60 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 61 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 62 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 63 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 64 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 65 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 66 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 67 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 68 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 69 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 70 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 71 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 72 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 73 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 74 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 75 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 76 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 77 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 78 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 79 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 80 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 81 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 82 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 83 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 84 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 85 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 86 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 87 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 88 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 89 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 90 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 91 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 92 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 93 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 94 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 95 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 96 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 97 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 98 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 99 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;
- 100 - O direito à liberdade de expressão e de opinião;

Apêndice XII

Planeamento da Sessão: Violência Obstétrica no Parto

Plano da sessão de formação

Enfermagem |

Sala de Reuniões do
5º Piso
14:30 horas

VIOÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO

*Urgência de Obstetrícia e Ginecologia/
29-11-2021*

□
□

Objetivos

- Alertar para a problemática da Violência Obstétrica no Parto
- Apresentar a *Scoping Review*
- Informar sobre a importância do Plano de Partos e Questionário de avaliação pós-parto

Destinatários

Enfermeiros do SUOG –

Formadores

Iolanda Filipa dos Santos Pereira
Enfermeira

Conteúdos programáticos

- Violência Obstétrica;
- Evidência científica sobre a perceção do Enfermeiro Obstetra da Violência Obstétrica no parto;
- Plano de Nascimento;
- Questionário avaliativo;

Resultados esperados

Empoderamento do Enfermeiro generalista e Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da Temática Violência Obstétrica no parto

Métodos pedagógicos e outros recursos

Método Expositivo

