

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

**Cuidar da mulher surda: desafios para a Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**

Catarina Da Costa Marques

**Lisboa
2023**



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

**Cuidar da mulher surda: desafios para a Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica**

Catarina Da Costa Marques



Orientador: Professora Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado
de Oliveira



**Lisboa
2023**

DEDICATÓRIA

Aos que dedicaram um pouco da sua sabedoria e disponibilidade ao longo do meu percurso académico. Orientadores, colegas e professores.

À professora Madalena, que não desistiu de mim.

À minha equipa.

À Joana e à Susana.

Ao Bernardo, que foi casa, colo e pernas sempre que não consegui caminhar.

A quem já não está neste plano, mas vive em mim.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – *American College of Obstetrics and Gynecologists*

APS – Associação Portuguesa dos Surdos

BP – Bloco de Partos

CPPP – Curso(s) de Preparação para o Parto e Parentalidade

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro(s) Especialista(s) em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HIG – Hipertensão Induzida pela Gravidez

HTA – Hipertensão Arterial

ICM – *International Confederation of Midwives*

ITP – Indução do Trabalho de Parto

JBÍ – *Joanna Briggs Institute*

LGP – Língua Gestual Portuguesa

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O objetivo deste relatório é descrever o percurso de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da mulher/recém-nascido/família nos vários contextos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, com enfoque na mulher surda, suportadas pela Teoria de Cuidar de Kristen Swanson.

As pessoas surdas têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde pela disparidade significativa no acesso aos cuidados de saúde e menos aposta na saúde preventiva. As mulheres surdas poderão sofrer preconceitos e tratamento desigual, pondo em causa a sua autodeterminação, dignidade, livre-arbítrio e autonomia.

Foi realizada, numa primeira etapa, uma revisão *scoping* de forma a mapear a evidência sobre os cuidados de saúde prestados à pessoa surda. Posteriormente, foi desenvolvido um estudo qualitativo, de cariz exploratório e descritivo, para conhecer as perceções das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo e identificar eventuais dificuldades na prestação de cuidados a estas mulheres.

Os resultados obtidos evidenciam que as mulheres surdas, ao longo do ciclo de vida reprodutivo, identificam mais experiências de cuidar negativas do que positivas. Também o/a enfermeiro/a obstetra, reconhece alguma insegurança no cuidar destas mulheres. Tal permitiu desenvolver estratégias facilitadoras do cuidar desta população, das quais se destacam, as competências de comunicação, como a aprendizagem da língua gestual portuguesa, e sugestões para a inclusão desta temática nos cursos de licenciatura em enfermagem, bem como a formação obrigatória sobre o tema nos contextos de trabalho.

Palavras-chave: enfermeiro obstetra, cuidar, mulheres, surdez

ABSTRACT

The purpose of this report is to describe the path of development of specialized skills in caring for women/newborns/family in the various midwife's intervention contexts, with a focus on deaf women, supported by Kristen Swanson's Theory of Caring.

Deaf people are more likely to develop health problems due to the significant disparity in access to health care and less commitment to preventive health. Deaf women may suffer prejudice and unequal treatment, jeopardizing their self-determination, dignity, free will and autonomy.

In a first step, a scoping review was carried out in order to map the evidence on health care provided to the deaf person. Subsequently, a qualitative, exploratory and descriptive study was carried out to learn about the perceptions of deaf women regarding the nursing care provided throughout the reproductive cycle and also to identify any difficulties in providing care to these women.

The results show that deaf women, throughout the reproductive life cycle, identify more negative care experiences than positive ones. The midwives also recognize some insecurity in caring for these women. This made it possible to develop strategies that facilitate caring for this population, of which communication skills stand out, such as learning Portuguese Sign Language and suggestions for including this topic in undergraduate nursing courses, as well as mandatory training on the subject in work contexts.

Keywords: Nurse midwife, caring, women, deafness

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	13
1.1 Alteração da acuidade auditiva e surdez.....	13
1.2 Deficiência e incapacidade vs diversidade humana	17
1.3 Teoria do Cuidar de Kristen Swanson.....	21
2. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO	24
2.1 Revisão Scoping.....	24
2.2 Estudo qualitativo, de cariz exploratório e descritivo	26
2.3 Trabalho de campo	28
3. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMO FUTURA EEESMO E MESTRE.....	30
3.1 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional e período pré-natal.....	30
3.2 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	35
3.3 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	44
3.4 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.....	48
3.5 Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica.....	50
3.5.1 Perceções das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo	50
3.5.2 Experiências de cuidar dos EEESMO com mulheres surdas nos vários <i>settings</i> onde decorreu o estágio com relatório	54
3.5.3 As dificuldades dos EEESMO na prestação de cuidados às mulheres surdas	56
3.5.4 Estratégias facilitadoras do cuidar das mulheres surdas pelo EEESMO	58
3.6 Considerações éticas.....	60
3.7 Limitações ao processo de aprendizagem e à investigação.....	61
4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

APÊNDICES

APÊNDICE I – Tabela dos termos em linguagem natural e dos termos indexados

APÊNDICE II – Print do histórico de pesquisa nas bases de dados

APÊNDICE III – Fluxograma PRISMA FLOW

APÊNDICE IV – Relatório de análise e discussão de resultados da revisão *scoping*

APÊNDICE V – Questionário (via [*GOOGLE FORMS*](#))

APÊNDICE VI – Exemplo de uma sessão de discussão sobre o cuidar da mulher surda apresentada em contexto de EC

APÊNDICE VII – Sistematização dos contributos dos EEESMO na sessão de divulgação do tema em EC

APÊNDICE VIII – Grelha de registo de interação com a mulher surda

APÊNDICE IX – Análise de conteúdo das respostas do questionário *GOOGLE FORMS* às mulheres surdas

APÊNDICE X – Consentimento informado

APÊNDICE XI – Guia orientador para a prática de cuidados à mulher surda no âmbito da consulta de ginecologia

APÊNDICE XII – Folheto sobre o acolhimento da mulher surda no bloco de partos

APÊNDICE XIII – Quadro síntese sobre as estratégias facilitadoras do cuidar da mulher surda

ANEXOS

ANEXO I – Tabela síntese de experiências para cumprimento da lei nº25/2014, de 2 de maio, ponto 5.1-b do anexo II

ANEXO II – Certificado de frequência do curso de sensibilização de LGP da APS

ANEXO III – Aprovação do processo nº 1051/2022/CE pela comissão de ética da ESEL

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Graus de perda de audição e experiência auditiva	14
Tabela 2. Dados sociodemográficos das participantes	27
Tabela 3. Dados obstétricos das participantes	28
Tabela 4. Settings de cuidados e satisfação das necessidades das mulheres surdas.....	51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, visando apresentar, de forma concisa, o meu percurso de aprendizagem em ensino clínico (EC), tendo em conta o desenvolvimento do tema escolhido, as opções teóricas e metodológicas adotadas, nomeadamente para a recolha de dados e os resultados obtidos.

A mulher surda é confrontada com um maior número de barreiras no acesso aos cuidados, sendo, por isso, mais vulnerável a problemas de saúde, nomeadamente na área da saúde sexual e reprodutiva. O défice auditivo, ao ser considerado uma deficiência e/ou uma incapacidade, pode traduzir-se em preconceito, discriminação e tratamento desigual, pondo em causa a autonomia, livre-arbítrio e dignidade das mulheres (E. M. Santos & Shiratori, 2004; A.A. Costa et al., 2018; World Federation of the Deaf, 2018; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021).

Por estes motivos, é fulcral que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) desenvolvam as suas competências de *advocacy* junto destas mulheres e dos seus conviventes significativos, promovendo o seu empoderamento e garantindo, deste modo, cuidados holísticos, inclusivos e de qualidade, ao longo de todo o ciclo reprodutivo. Tendo em conta a melhoria da qualidade destes cuidados, delineei os seguintes objetivos para este trabalho:

OBJETIVO GERAL: Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados especializados à mulher, recém-nascido (RN) e família nos vários contextos de intervenção do EEESMO, com enfoque na mulher surda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conhecer a perceção das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo.
- Conhecer as experiências de cuidar dos EEESMO com mulheres surdas nos vários *settings* onde decorrem os estágios.
- Identificar eventuais dificuldades dos EEESMO na prestação de cuidados às mulheres surdas.
- Desenvolver estratégias facilitadoras do cuidar das mulheres surdas pelo EEESMO.

A escolha do tema deste trabalho teve por base motivações do âmbito pessoal e profissional. A comunicação com a pessoa surda sempre me preocupou e inquietou, facto que me levou a ponderar optar pelo curso de língua gestual portuguesa (LGP), aquando do ingresso no ensino superior. Também, ao longo da minha prática clínica, mais especificamente na área de obstetrícia/ginecologia, tenho contactado com mulheres surdas. Este facto despertou-me para as possíveis limitações e barreiras na prestação de cuidados a estas mulheres e consciencializou-me do meu défice de competências comunicacionais e

relacionais, podendo comprometer a qualidade e excelência da minha intervenção. Estas dificuldades são também reconhecidas pela equipa multidisciplinar do local onde desempenho funções, justificando a pertinência deste trabalho para a promoção da qualidade dos cuidados.

O desenvolvimento e implementação do projeto de estágio teve por base uma prática baseada na evidência, recorrendo aos contributos da *scoping review*, da reflexão sistemática sobre as práticas do EEESMO e à elaboração de um estudo qualitativo, de cariz exploratório e descritivo para conhecer as perceções das mulheres surdas face aos cuidados que lhe são prestados, bem como identificar eventuais dificuldades na prestação de cuidados a estas mulheres.

O quadro de referência que sustenta este trabalho é a Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, escolhida pela sua visão holística acerca do ser humano e foco na prestação de cuidados centrados na pessoa e família. Tendo em conta as necessidades específicas da pessoa surda e sabendo que o EEESMO deve garantir a individualidade de todas as mulheres/casais/famílias a quem presta cuidados, o EEESMO deverá estar capacitado para a promoção de experiências de cuidados positivas neste âmbito.

O presente relatório encontra-se organizado em quatro capítulos. O primeiro aborda os principais conceitos relativamente ao tema selecionado, bem como o quadro de referência que orienta a prática de cuidados. O segundo, integra a metodologia e os processos de trabalho desenvolvidos. Segue-se o terceiro, com a apresentação, análise e discussão dos resultados, o que inclui a reflexão e análise sobre o percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de EC; a apresentação e discussão das conclusões do estudo realizado; as questões éticas e as limitações ao processo de aprendizagem e à investigação. O quarto capítulo apresenta os contributos para a prática. Por último, seguem-se as considerações tecidas face ao trabalho realizado e são apresentadas as referências bibliográficas. Os apêndices e anexos, justificam e suportam algumas etapas desenvolvidas.

CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Este capítulo apresenta uma breve revisão da literatura sobre a temática em estudo, abordando os constructos essenciais para o desenvolvimento do presente relatório de estágio e uma contextualização relativa ao quadro de referência escolhido, que suporta o desenvolvimento da prática de enfermagem ao longo dos vários contextos clínicos.

A produção de conhecimento em enfermagem é de extrema importância, pois a tomada de decisão do enfermeiro deve basear-se na melhor evidência científica, particularmente aquando da identificação das necessidades de cada pessoa/família e na construção de planos de cuidados individualizados (M. Néné & C. Sequeira, 2022).

1.1 Alteração da acuidade auditiva e surdez

Para entender o conceito, etiologia e implicações da surdez é necessário compreender os mecanismos de uma capacidade auditiva normal.

A audição, um dos cinco sentidos do corpo humano, é a capacidade do ouvido em captar o som por meio de ondas sonoras e transformá-las em impulsos elétricos, que são conduzidos até ao cérebro para serem decodificados (Pires, 2008). Para que esta se processe, é necessário acontecerem três fenómenos: um som audível ao ouvido humano deve ser produzido, deve existir um meio por onde o som se propague e atinja o ouvido e, por último, este deve funcionar de forma a transmitir as informações do som (frequência, amplitude, timbre e localização da fonte sonora) ao nervo auditivo (Rui & Steffani, 2007). O ouvido humano capta níveis de intensidade acústica compreendida entre 0 e 120 Decibéis e consegue discriminar frequências compreendidas entre os 20 e 20 000 Hertz (Pujol, 2018).

Assim que estas ondas entram no canal do ouvido externo, provocam a vibração do tímpano. Estas vibrações são transmitidas através dos ossos do ouvido médio para a cóclea, no ouvido interno. Dentro desta estrutura encontra-se um fluido que, por ação das vibrações movimenta-se, sendo traduzido pelas suas células sensoriais em impulso nervoso e que é transmitido pelo nervo auditivo até ao cérebro, onde é percecionado como som (OMS, 2021).

Quando ocorre qualquer grau de perda de audição, significa que, nesta sequência de acontecimentos, algo falhou para que o som não seja percecionado pelo indivíduo. A perda de audição, segundo a Associação dos Surdos do Porto (2003), é a diferença existente entre a *performance* do indivíduo e a habilidade normal para a deteção sonora, de acordo com padrões estabelecidos pela *American National Standards Institute*.

Os limiares de audição utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva diferem consoante o autor, porém na generalidade, há consenso de que existe perda quando os limiares da audição se encontram acima dos 20-25 Decibéis, podendo ser unilateral ou bilateral. Optei como referência a classificação da OMS (2021), apresentada na tabela 1.

Tabela 1. Graus de perda de audição e experiência auditiva

Grau de perda	Perda em Audiometria (Decibéis)	Descrição	Recomendações
Normal	0-25	Sem ou muito leve problema; ouve sussurros	Nenhuma
Leve	26-40	Ouve e repete palavras faladas num tom de voz normal, a 1 metro de distância	Aconselhamento; uso aparelhos auditivos é raro
Moderada	41-60	Ouve e repete palavras faladas num tom de voz elevada, a 1 metro de distância	Aparelhos auditivos são recomendados
Severo	61-80	Ouve algumas palavras quando gritadas	Aparelhos auditivos, leitura labial e língua gestual
Profundo	>81	Incapaz de ouvir palavras gritadas	As anteriores, mais reabilitação

Fonte: OMS (2021)

Nesta fase do trabalho, onde foram explorados vários conceitos, tive necessidade de os definir e optar depois por uma das designações, justificando a minha tomada de decisão. Assim sendo, perda auditiva ou diminuição da acuidade auditiva diz respeito à redução da capacidade auditiva e incapacidade de ouvir tão bem quanto um indivíduo com audição normal; deficiência auditiva refere-se à pessoa com perda auditiva leve a severa; surdez diz respeito à pessoa com perda auditiva severa ou profunda, que podem ouvir sons muito altos ou não ouvir nada, resultado de uma perda auditiva acima dos 70 Decibéis (OMS, 2021). Depreende-se assim, que a surdez é a condição potencialmente mais limitativa para o indivíduo e, por sua vez, será aquela que poderá gerar um maior número de possíveis obstáculos e barreiras à intervenção do EEESMO. Por este motivo, ao longo do presente relatório, optei por utilizar os termos “surdez”, “pessoa surda” e “mulher surda”, apesar de integrar no meu trabalho todas as mulheres com qualquer grau de diminuição da acuidade auditiva.

Segundo a OMS (2021), as causas da surdez podem ser várias: pré-natais (hereditárias, malformações congénitas derivadas de infeções bacterianas ou virais, carências alimentares, alterações endócrinas, agentes físicos), peri-natais (traumatismos durante o parto, incompatibilidades sanguíneas), pós-natais (doenças infecciosas virais ou bacterianas, intoxicações, trauma acústico) e idiopáticas. Também de acordo com a OMS (2021), pode ser classificada tendo em conta o tipo de perda auditiva: condutiva (é causada por alterações no canal auditivo ou no ouvido médio, o que torna difícil a condução do som até o ouvido interno), neurosensorial (a causa da perda auditiva localiza-se na cóclea e/ou no nervo auditivo) e mista (quando a perda condutiva e neurosensorial são encontradas no mesmo ouvido).

Estima-se que 466 milhões de pessoas em todo o mundo (5,5% da população) têm perda auditiva incapacitante e esse número deve aumentar para 1 em cada 4 até 2050 (OMS,

2021). Atualmente, 34 milhões de crianças apresentam algum grau de perda auditiva, dos quais 60% dos casos são por causas evitáveis. Também na outra extremidade da vida, cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos são afetadas por esta problemática.

Segundo a estimativa do Instituto Nacional de Estatística, nos Censos de 2021, em Portugal residem 23 651 pessoas que “não conseguem efetuar a ação - ouvir”, das quais 13 002 são mulheres e 10 649 são homens (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Comparativamente com os Censos de 2011, verifica-se um decréscimo de cerca de 12% relativamente ao número de pessoas surdas a residir em Portugal. Contudo, o número de mulheres surdas continua a ser superior face à população do sexo masculino.

De acordo com a OMS (2021), a surdez tem um grande impacto na vida dos indivíduos, interferindo com múltiplas dimensões do seu quotidiano:

Escuta e comunicação: um dos maiores desafios para as pessoas surdas é manter a comunicação verbal com os indivíduos ouvintes, sendo o excesso de ruído no ambiente envolvente, uma das principais barreiras. Devido à pandemia, o uso da leitura labial e pesquisa de pistas faciais e físicas foi dificultada, consequência da utilização de máscaras faciais e necessidade do distanciamento social;

Linguagem e discurso: o desenvolvimento da linguagem oral nas crianças está diretamente relacionada com a sua capacidade auditiva. Quando existe surdez, estes indivíduos vão desenvolvendo outras competências comunicacionais que lhes permitam expressar-se e relacionar-se com os outros, principalmente com a comunidade ouvinte;

Relacionamento com os outros: a surdez pode ter um impacto negativo nas relações interpessoais, pelas possíveis dificuldades na comunicação, podendo gerar mal-entendidos e conflitos, tanto para a pessoa surda, como para os seus parceiros de comunicação;

Dimensão cognitiva: a privação da linguagem aumenta o risco de atraso no desenvolvimento cognitivo nas crianças, facto que pode ser evitado se estas receberem ajuda especializada e acompanhamento personalizado nos primeiros anos de vida;

Acesso aos cuidados de saúde: os locais de prestação de cuidados de saúde estão, tendencialmente, pouco preparados para receber este tipo de indivíduos e são pouco promotores da sua autonomia e do esclarecimento de dúvidas;

Educação: a surdez pode condicionar o acesso destes indivíduos ao ensino, uma vez que, sem um acompanhamento personalizado às suas necessidades específicas, estes indivíduos podem apresentar um desempenho escolar insatisfatório e uma progressão académica mais lenta. Comparativamente à população ouvinte, apresentam maior taxa de abandono escolar e menor probabilidade de se candidatarem ao ensino superior;

Emprego: à semelhança da dimensão anterior, existe carência de acompanhamento individualizado da pessoa surda na orientação da sua carreira profissional e na tomada de decisões promotoras do sucesso laboral. A contratação de colaboradores surdos é escassa, consequência da fraca existência de políticas inclusivas;

Isolamento social e solidão: os indivíduos surdos tendem a ser pouco participativos nas atividades da sociedade onde se inserem e podem ter uma rede social reduzida. A incapacidade de compreender informações através da oralidade e de manter uma conversação com uma pessoa ouvinte, pode levar à vivência de situações sociais potencialmente embaraçosas para a pessoa surda, fazendo com que esta se limite ao seu núcleo familiar e ao ambiente, contextos e lugares que lhe são familiares;

Saúde Mental: indivíduos surdos apresentam taxas de depressão mais elevadas. Descrevem com frequência sentimentos e emoções negativas como o constrangimento, rejeição, frustração, raiva e ansiedade.

No que concerne à intervenção do EEESMO, continuam a existir dificuldades no acesso a consultas de planeamento familiar e de pré-conceção, principalmente pelas mulheres surdas mais jovens, comprometendo a vivência plena da sua sexualidade. Segundo Rosa et al. (2015), este facto é explicado pelas barreiras comunicacionais da oralidade existentes entre a mulher surda e os profissionais, bem como pelo preconceito que estes apresentam quando abordam a sexualidade dos indivíduos com algum tipo de deficiência, dado que parece persistir um modelo “jovem e saudável” da sexualidade. Contudo, as pessoas surdas, especialmente as mulheres, estão desinformadas sobre a sua sexualidade, enfrentando mitos e tabus que dificultam a aquisição de conhecimentos e a procura de cuidados de saúde neste âmbito (Sousa, 2002)

Pela falta de acompanhamento, apoio e esclarecimento de dúvidas, estas mulheres estão mais vulneráveis a situações de violência sexual, infeções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, deteção tardia de patologias ginecológicas, que pelo atraso no diagnóstico, podem ter um pior prognóstico (Sousa, 2002).

Relativamente à opção da maternidade, esta é uma tomada de decisão cada vez mais consciente para as mulheres, incluindo para as surdas. É importante que se entenda que a surdez, por si só, não é impedimento para a mulher se tornar mãe, mesmo que a sociedade envolvente não concorde (A. A. Costa et al., 2018). Assim, quando a mulher surda decide engravidar, outras barreiras e dificuldades emergem, consequência da vulnerabilidade acrescida da gravidez, trabalho de parto (TP) e pós-parto. O acompanhamento e vigilância deve ser mais frequente, prestando-se cuidados de enfermagem protetores, ajudando a mulher surda a ultrapassar os obstáculos impostos pela limitação comunicacional inerente à surdez e à fase de vida em que se encontra (P. Silva et al., 2017).

Em Portugal, existe uma elevada prevalência de baixos níveis de literacia em grupos de maior vulnerabilidade, nomeadamente, a população idosa, migrantes, indivíduos com doenças crónicas ou com algum tipo de deficiência e/ou incapacidade, bem como população com baixos níveis de escolaridade e escassos rendimentos económicos (Direção Geral da Saúde [DGS], 2018).

Tendo em conta que a literacia em saúde consiste na capacidade dos indivíduos em obter, processar e entender as informações básicas de saúde que lhes permitem aceder e utilizar os serviços e tomarem decisões adequadas (DGS, 2019), pode concluir-se que estas condicionantes podem justificar os baixos níveis de literacia em saúde da comunidade surda.

Impõe-se aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, enquanto agentes determinantes na promoção da literacia em saúde, o desenvolvimento de ações promotoras do *empowerment* desta população. Tendo em conta as competências específicas e a intervenção especializada do EEESMO, também este possui uma responsabilidade acrescida na implementação de estratégias promotoras da literacia em saúde na área da saúde materna e obstetrícia, em particular junto dos grupos de risco supracitados.

No caminho da capacitação e *empowerment* da pessoa surda, torna-se relevante destacar a pertinência da LGP e clarificar os conceitos e especificidades inerentes. Uma primeira constatação é a de que não existem linguagens gestuais, mas sim línguas gestuais. O termo “linguagem gestual” é redutor, pois só abrange sistemas de símbolos ou objetos, como por exemplo a linguagem das cores ou a linguagem corporal (Pinto, 2017). As línguas gestuais são línguas naturais e autênticas, com complexidade estrutural equivalente à das línguas orais, sendo possível distinguir elementos descritivos da mão, tais como a configuração, o local de articulação, o movimento, a orientação e ainda os componentes não-manuais (Stokoe, 2005).

A Constituição da República Portuguesa passou a consagrar a LGP como língua oficial na revisão constitucional de 15 de novembro de 1997 quando, a nível mundial, ainda não era generalizado o reconhecimento constitucional das línguas gestuais.

A LGP é uma prática inclusiva crescente, sendo cada vez mais comum no processo educativo das crianças e jovens surdos e implementada como modo de comunicação nas instituições e entidades públicas, junto da população ouvinte. No entanto, é um caminho que importa continuar a percorrer para que se atinjam níveis de inclusão maiores, esbatendo-se preconceitos ainda existentes sobre o ser diferente, garantindo o cumprimento de direitos, promovendo a participação de todos na sociedade (Lei Constitucional nº1/97, 1997).

A OMS elabora relatórios anuais sobre esta temática, onde objetiva a promoção da equidade e igualdade de direitos das pessoas surdas, através do fornecimento de evidências claras sobre a necessidade de priorizar a melhoria dos cuidados e a determinação de estratégias de intervenção (OMS, 2021).

1.2 Deficiência e incapacidade vs diversidade humana

Ao longo da pesquisa realizada para a elaboração do presente relatório, constatei a utilização dos termos “deficiência” e “incapacidade” para qualificar a perda da acuidade auditiva em documentos oficiais e institucionais, redigidos por organismos como entidades estatais, associações de apoio e até mesmo em artigos científicos. Contudo, verifiquei que

esta adjetivação e abordagem não é bem aceite pela comunidade surda pela conotação negativa e limitativa que estas palavras conferem. Ou seja, consideram que põem em causa a sua cognição, raciocínio e autonomia, ignorando o facto de que, através da mobilização de recursos e estratégias adequadas, são igualmente funcionais e independentes, como a comunidade ouvinte. Por este motivo, considerei pertinente aprofundar estas questões, incitando à discussão desta problemática, procurando contribuir para um entendimento mais claro sobre os conceitos subjacentes, contributo que se enquadra na prática especializada, enquanto futura EEESMO.

Em primeiro lugar, é pertinente explorar o significado conceptual dos termos envolvidos. Não existe uma definição universal quanto ao termo “deficiência”, uma vez que existem propostas de vários autores, com diferentes perspetivas e entendimentos. De acordo com a DGS (2004), a deficiência consiste num desvio do que é normalmente aceite como o estado biomédico normal/padrão do corpo e das suas funções. Pode ser parte, ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indica, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente. O XXI Governo Institucional definiu o conceito de deficiência como a perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, causadoras de dificuldades específicas, possíveis de, dependendo do meio envolvente, limitar ou dificultar a atividade e a participação do indivíduo na sociedade, em condições de igualdade relativamente à restante população (Decreto-Lei n.º 126-A, 2017). Por sua vez, a deficiência pode ser classificada, de acordo com Neri (2003), como sensorial (surdez e cegueira), motora, cognitiva, mental ou mista.

O termo “incapacidade” também apresenta múltiplas definições e é alvo de opiniões diferentes de diversos autores, com o consenso de que possui um entendimento mais complexo e abrangente face ao conceito de “deficiência”. De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, a incapacidade reporta-se à disfuncionalidade na relação de três dimensões, nomeadamente o tipo de deficiência, a existência de limitações na atividade e a presença de restrições de participação. Este documento também apresenta a definição proposta pela OMS, que define este conceito como a restrição ou falta de capacidade para realizar uma atividade dentro dos limites considerados normais para um ser humano, podendo ser uma incapacidade temporária ou permanente, reversível ou irreversível, progressiva ou regressiva (Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006).

Também a DGS (2004) se debruça sobre este conceito, numa lógica de perda de funcionalidade, apresentando dois modelos explicativos, opostos entre si. O modelo médico considera a “incapacidade” como um problema do indivíduo, causado diretamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer tratamento individual por profissionais. O modelo social considera a “incapacidade” como um problema criado pela sociedade, relacionada com a dificuldade de integração plena destes indivíduos na

comunidade onde se inserem. Assim sendo, a perda de funcionalidade não é um atributo do indivíduo, mas sim um conjunto complexo de restrições, muitas das quais criadas pelo contexto social subjacente. Para a resolução deste problema é necessário uma ação coletiva de responsabilidade governamental, criando as condições adequadas para que todos os indivíduos com incapacidade participem nas várias dimensões da vida, com a menor limitação possível.

Ainda sobre a definição deste conceito, a DGS (2004) acrescenta que a perda de funcionalidade de um indivíduo num domínio específico pode não estar diretamente relacionado com a presença de uma deficiência. Este facto resulta da interação/relação complexa entre a condição de saúde e os fatores contextuais do indivíduo (ambientais, pessoais, sociais, educacionais, espirituais), determinantes na mobilização de recursos e estratégias que lhe permitam viver sem condicionantes, tal como qualquer pessoa que não possua nenhuma limitação.

Assim, um indivíduo com uma deficiência não possui necessariamente algum grau de incapacidade na vivência plena de todas as dimensões da sua vida diária. O mesmo acontece em situações contrárias, pois a incapacidade não advém obrigatoriamente, da presença de uma deficiência (DGS, 2004).

Na prática, um indivíduo com deficiência pode ter maior ou menor grau de incapacidade, ser mais ou menos funcional no seu quotidiano, consoante as condições estruturais e sociais com que se depara (Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006). Quanto mais severa for a incapacidade consequente da deficiência, mais difícil será para este indivíduo vivenciar em pleno todas as dimensões da sua vida, havendo situações em que estará dependente de outros para, em última instância, garantir a sua dignidade humana, área de intervenção tão específica do cuidar de enfermagem.

De acordo com a DGS (2004), quando existe compromisso das funções auditivas e vestibulares, ou seja, na discriminação auditiva, localização da fonte sonora, lateralização do som e discriminação da fala, considera-se que o indivíduo possui uma deficiência auditiva, que inclui a perda auditiva leve à severa, esta última denominada de surdez. Assim, uma pessoa surda é um indivíduo com deficiência que com os recursos pessoais, educacionais, sociais e ambientais adequados, pode adquirir estratégias para ultrapassar as barreiras inerentes à comunicação, permitindo-lhe viver em pleno em sociedade, no contexto onde se insere, tal como a comunidade ouvinte.

Tendo em conta a abordagem redutora e diminutiva que a utilização dos conceitos supracitados podem implicar, alguns autores interrogam-se sobre a utilização do termo “diversidade” para abordar o indivíduo com deficiência. Este conceito pode ser compreendido como uma abordagem positiva para o diálogo horizontal e apaziguador da inclusão, porém, não promotor de consenso, levando mesmo a conflitos, em culturas onde a simetria é contestada (J. S. Silva, 2021).

Ao reconhecer a diversidade da condição humana, assume-se que todo o ser e estar em comunidade não tem de se encaixar em regras e rótulos fechados (Fernandes, 2003). Porém, nem todas as sociedades possuem a evolução emocional e relacional necessárias à compreensão de que todas as pessoas são diferentes entre si, incompletas e imperfeitas, transcendendo as questões inerentes à idade, género, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição económica, entre outras.

Neste sentido, a escolha do conceito “diversidade” parece ser uma evolução da utilização do termo “deficiência”, englobando os pressupostos da igualdade, equidade e não discriminação [Organização das Nações Unidas (ONU), 2016]. A resistência à escolha desta denominação ou a escassa utilização deste termo parece assentar no desconhecimento, que ainda parece existir, face à compreensão das necessidades da pessoa com deficiência, levando à falta de reconhecimento da sua cidadania, autonomia e livre-arbítrio na tomada de decisão. Assim, é possível compreender a aparente preferência da utilização deste conceito pela comunidade surda.

É importante mencionar que o princípio da igualdade, que se baseia no conceito de cidadania, preconiza que todos os indivíduos são considerados iguais perante a lei, tendo assim a mesma posição em matéria de direitos e deveres (Constituição da República Portuguesa – VII Revisão constitucional, 2005). Inerente a este domínio, enquadra-se o direito à não discriminação, ou seja, nenhum indivíduo deverá ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em função da sua ascendência, sexo, raça, língua, nacionalidade, religião, crenças, orientação sexual, estado de saúde, idade, deficiência, incapacidade, convicções políticas, grau de escolaridade, situação económica ou condição social (*European Union Agency for Fundamental Rights*, 2009). No que concerne ao princípio da equidade, este incorpora a ideia de justiça, uma vez que reconhece que todos os indivíduos são diferentes entre si, pelo que merecem tratamento personalizado de modo a reduzir e eliminar as desigualdades existentes no ambiente social onde se inserem (Frada, 2010).

Para completar esta análise, é importante clarificar o conceito de “inclusão social”, que consiste na promoção de condições de participação na sociedade dos grupos mais vulneráveis já mencionados, através da ampliação de oportunidades, acesso a recursos, reconhecimento de opiniões e respeito pelos seus direitos (ONU, 2016). Neste sentido, existe uma preocupação crescente sobre estas questões, com a implementação de programas com medidas concretas, promotoras da inclusão destes indivíduos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos veio reconhecer a dignidade inerente a todos os seres humanos, bem como os seus direitos iguais e inalienáveis, enquanto fundamento da liberdade, da justiça e da paz. Esta surge como um ideal comum a atingir por todos os povos e nações, para que todos os indivíduos e órgãos da sociedade se esforcem

pelo ensino e educação, pelo respeito e reconhecimento de direitos e liberdades e pela sua consagração universal e efetiva (ONU, 2017).

Contudo, fruto das desigualdades e barreiras que as pessoas com deficiência continuaram a enfrentar ao longo dos anos, houve necessidade de elaborar a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que reafirmou os princípios da dignidade, integridade, igualdade e não discriminação no acesso e qualidade dos cuidados de saúde (DGS. 2017). Desta forma, deverá providenciar-se às pessoas com deficiência a mesma tipologia, qualidade e padrão de serviços, bem como programas de saúde gratuitos ou a preços iguais à restante população (ONU, 2010). O direito ao acesso à informação e educação inclusivas, que inclui direitos igualitários no que se refere à saúde, é então fundamental, principalmente na área da saúde sexual e reprodutiva (Diário da República nº146/2009).

Em 2016 entrou em vigor a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, elaborada pela ONU, composta por 17 objetivos a serem atingidos até ao ano de 2030. O 10º objetivo consiste na redução das desigualdades através da implementação de políticas que empoderem e promovam a inclusão social, económica e política da população, independentemente da idade, género, deficiência, raça, etnia, nacionalidade, religião ou condição económica. Pretende-se garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados através da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias, promovendo legislação e ações adequadas (ONU, 2018).

Em Portugal, encontra-se em vigor a Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025, dando continuidade a projetos pré-existent, com as atualizações necessárias face às problemáticas emergentes na atualidade. Esta pretende contribuir para uma sociedade onde a cidadania das pessoas com deficiência seja exercida com igualdade de direitos, sendo assegurada a equidade e a não discriminação (Instituto Nacional para a Reabilitação, 2021).

As necessidades emergentes na sociedade atual têm promovido a discussão sobre os conceitos supramencionados, não só referente às pessoas com deficiência, mas também de outros grupos vulneráveis. Tendo em conta o papel de proximidade do/a enfermeiro/a junto das comunidades, é fundamental que acompanhe esta reflexão, se implique na discussão e que conheça os desafios subjacentes. Desta forma, poderá efetivar um cuidar inclusivo, adequado à realidade e contexto das comunidades, promovendo intervenções personalizadas.

1.3 Teoria do Cuidar de Kristen Swanson

Para sustentar a problemática que escolhi, optei pelo quadro de referência de Kristen Swanson, que em 1988, desenvolveu a Teoria do Cuidar. Esta teoria fundamenta-se na capacidade do enfermeiro em prestar cuidados, tendo por base o pressuposto de que o cuidado, por si só, é um fenómeno de enfermagem. A prestação de cuidados resulta de uma

dedução lógica, consequência da relação entre o enfermeiro e o cliente. Estes podem não ser necessariamente vistos, mas sentidos pelas pessoas envolvidas, estando inerente a responsabilidade ética e moral do profissional (Wojnar, 2011).

A estrutura dos cuidados recomendada por Kristen Swanson, muito aplicada à saúde materna, contribui essencialmente para uma política assistencial, que utiliza as potencialidades do cuidar em enfermagem, principalmente durante o TP e parto. O cuidar, assim perspectivado, aparece como uma forma de expressão dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e da humanização dos cuidados prestados no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica (T. Oliveira et al., 2018).

As necessidades específicas da mulher surda torna a satisfação do seu bem-estar um objetivo desafiante para a prestação de cuidados de enfermagem pelo EEESMO, motivo pelo qual, tendo em conta as premissas supracitadas, entendi que esta teoria seria aquela que mais se adequava na procura de respostas à problemática escolhida para a elaboração do presente relatório de estágio. Esta autora propõe cinco processos básicos que dão suporte aos seus pressupostos e significado à prestação de cuidados, nomeadamente: *o conhecer*, *o estar com*, *o fazer por*, *o possibilitar* e *o manter as crenças* (Swanson, 1991).

Ao procurar entender as várias dimensões do indivíduo alvo dos seus cuidados, o/a enfermeiro/a, conseguirá ser mais competente na identificação das necessidades emergentes, bem como na priorização da sua intervenção. Ou seja, ao *conhecer* a pessoa, o contexto em que esta se insere, a sua rede de apoio, as suas crenças, preferências e atitudes, o enfermeiro estará a implementar intervenções de excelência, baseadas na pessoa/família (Wojnar, 2011).

Ao longo do processo *estar com*, o enfermeiro deve estar fisicamente e emocionalmente com o indivíduo, para que este perceção a preocupação e a atenção demonstrada pelo profissional. Esta presença emocional permite à pessoa partilhar sentimentos e emoções, significados e experiências vividas, pelo que o enfermeiro deve recorrer à escuta ativa e responder de forma reflexiva e responsável (Swanson, 1991).

Durante as ações terapêuticas, o *fazer por* entende a construção de um plano de cuidados individualizado que tenha em conta as necessidades e desejos da pessoa. Neste sentido, o enfermeiro deve utilizar habilidades de comunicação interpessoal e desenvolver ações promotoras do bem-estar e da integridade da pessoa alvo de cuidados, proporcionando conforto e antecipando necessidades (Swanson, 1991).

Inerente ao *possibilitar* está o cuidado prestado pelo enfermeiro na capacitação do indivíduo para o autocuidado na vivência de circunstâncias desconhecidas/transições de vida. O enfermeiro deverá informar, treinar, validar, apoiar, encorajar, orientar, esclarecer e incentivar a pessoa de forma a garantir o seu bem-estar, a longo prazo, e preservar o seu direito de escolha, tomada de decisão informada, autonomia e expressão dos seus direitos sexuais e reprodutivos (Swanson, 1991).

O processo de *manter as crenças* pressupõe a capacidade de acreditar na habilidade do outro em superar um evento ou transição, reconhecendo as suas capacidades, mantendo a autoestima, esperança no futuro, otimismo realista, ajudando a pessoa a encontrar o significado para os eventos da sua vida (Swanson, 1991).

Assim sendo, a prestação de cuidados de excelência à mulher surda implica que o EEESMO possua as competências necessárias para que, no *estar com* e no *fazer por*, seja capaz de se relacionar e comunicar de forma eficaz e significativa com a mesma. O conhecimento, tanto se aplica às informações que o EEESMO deve possuir sobre as várias dimensões que integram a condição de saúde da mulher surda alvo dos seus cuidados, como a necessidade de promover o conhecimento da mesma sobre a sua situação de saúde-doença. O *possibilitar* implica explicar, apoiar, validar sentimentos, estimular o pensamento crítico, gerar alternativas, fornecer reforço positivo e dar *feedback* à mulher surda, tornando-a o foco da sua vivência. Desta forma, o enfermeiro consegue *manter as crenças* da mulher surda, uma vez que promove as condições necessárias para que esta mantenha a sua autoconfiança e segurança em si (nas suas capacidades) e nos outros, exercendo a sua tomada de decisão livre e informada, respeitando as suas preferências e convicções.

Os pressupostos que, segundo esta teoria, orientam a prática profissional, são a *Enfermagem*, a *Saúde*, o *Ambiente* e a *Pessoa*. A *Enfermagem* baseia-se no bem-estar dos clientes, com compromisso e responsabilidade pessoal, englobando conhecimentos éticos e empíricos. A *Saúde* é percebida como um conceito de bem-estar, atualmente com novos significados (não apenas a ausência de doença), englobando a restauração da integridade, a reorganização do estado de saúde e a renovação da plenitude. O *Ambiente* é influenciado pela realidade dos diferentes contextos que condicionam a vivência da pessoa, englobando aspetos culturais, sociais, económicos e biofísicos. A *Pessoa* como sujeito de cuidados é moldada pelo que já viveu e assim, torna-se única, em constante processo de transformação, composta por pensamentos, condutas e sentimentos (Swanson, 1991).

A prestação de cuidados à mulher surda pode levantar desafios e inquietações à prática do/a enfermeiro/a, ficando ainda mais reforçada a importância da atenção aos pressupostos supracitados no cuidar destas mulheres. Os cuidados de *Enfermagem* junto da mulher surda, necessitam de ser exercidos com qualidade, promovendo o seu bem-estar e a melhoria da sua situação de *Saúde*. Deverá atender-se ao *Ambiente* onde a mulher surda se insere, evitando possíveis barreiras e obstáculos à comunicação e relação, tendo em conta as suas especificidades, enquanto *Pessoa* alvo de cuidados.

CAPÍTULO II. METODOLOGIA E PROCESSOS DE TRABALHO

Este capítulo apresenta uma descrição detalhada das opções metodológicas adotadas e que permitiram desenvolver o projeto de estágio, que culminou no presente relatório. Delineei as atividades a desenvolver ao longo dos vários contextos de EC, organizadas num cronograma previamente elaborado, o qual foi globalmente cumprido. Tendo em conta a imprevisibilidade dos locais de estágio e as condicionantes que foram emergindo, este processo decorreu de forma dinâmica, onde procurei adaptar o meu projeto aos obstáculos deparados e ajustá-lo às necessidades identificadas.

2.1 Revisão Scoping

Tendo em conta o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, foi fundamental integrar uma prática de enfermagem avançada, baseada em fontes de conhecimento adequadas, dando visibilidade à profissão e contribuindo para o seu desenvolvimento enquanto disciplina. A prática baseada na evidência é um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que integra as necessidades e preferências dos utilizadores dos serviços de saúde; a experiência, competências e juízo clínico do enfermeiro; e a melhor e mais recente evidência científica [Ordem dos Enfermeiros (OE), 2012]. Para dar resposta a este último ponto, ou seja, para obter o melhor conhecimento científico sobre o tema deste relatório, realizei a seguinte revisão *scoping*.

TÍTULO: *O cuidar da pessoa surda: uma scoping review*

Nesta fase irei apresentar as etapas e resultados do mapeamento da evidência científica disponível sobre a prestação de cuidados à pessoa surda, dando suporte ao presente relatório. Esta revisão *scoping* teve por base o *Joanna Briggs Institute (JBI) Manual for Evidence Synthesis*, capítulo 11 – *Scoping Reviews* (Aromataris & Munn, 2020).

Consultei o *site* da JBI de forma a validar a pertinência da realização do presente trabalho, onde verifiquei a inexistência de qualquer revisão sistemática da literatura nos últimos cinco anos sobre esta temática. Assim, objetivando o mapeamento da evidência científica disponível sobre o cuidar da pessoa surda, elaborei a seguinte questão de pesquisa: *Que cuidados são prestados à pessoa surda?*

Para a realização da pesquisa foram definidas como palavras-chave: pessoa surda, cuidar, enfermeiro, enfermeiro obstetra. A questão de investigação foi definida segundo a mnemónica PCC: P (população): pessoa surda; C (conceito): cuidar; C (contexto): locais de prestação de cuidados de saúde

Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos respeitam a mnemónica PCC supracitada, orientando a investigação no sentido de dar resposta à pergunta de investigação. Assim sendo, defini os seguintes critérios de inclusão e limitadores de pesquisa: artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola; evidência científica produzida nos últimos

10 anos (necessitei de alargar o intervalo temporal da pesquisa, de forma a incluir um número de artigos mais significativo, dando maior suporte à minha investigação); artigos que incluíssem experiências de cuidados de enfermeiros/as ou de EEESMO, bem como percepções de pessoas surdas face a cuidados prestados por estes, principalmente mulheres.

Defini como critérios de exclusão artigos que não dessem resposta ao Contexto definido na mnemónica PCC, bem como artigos duplicados nas bases de dados consultadas.

A estratégia de pesquisa que possibilitou a realização da presente revisão *scoping* está organizada em três etapas, tal como preconizado pelas indicações do JBI (Aromataris & Munn, 2020). A primeira etapa consistiu numa pesquisa livre nas bases de dados científicas CINAHL, MEDLINE e *Cochrane Data base of Sitematic Reviews*, na plataforma EBSCOhost Web. Esta etapa foi limitada pelos elementos da questão de pesquisa, uma vez que analisei os descritores e as palavras presentes nos títulos e no resumo dos artigos obtidos, de forma a identificar os termos de linguagem natural e os indexados das respetivas bases de dados.

Na segunda etapa da pesquisa foi concretizada uma pesquisa organizada utilizando o conjunto de palavras-chave e termos de indexação, separadamente nas três bases de dados (Apêndice I). Realizei a interceção dos descritores encontrados, utilizando os operadores booleanos [OR] e [AND].

Desta pesquisa, obtive 300 resultados na CINAHL, 461 na MEDLINE e 0 na *Cochrane Data base of Sitematic Reviews*. Apliquei, segundo esta ordem, os critérios de inclusão limite temporal e idioma. De seguida, li os títulos e resumos dos artigos que daí surgiram e por fim, apliquei os restantes critérios de inclusão e exclusão. Desta forma, obtive 16 artigos, que li de forma integral, tendo verificado que 13 não davam resposta à minha questão de investigação, pelo que incluí apenas dois artigos da CINAHL e um da MEDLINE. Encontra-se no Apêndice II o *Print* do histórico da pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e *Cochrane Data base of Sitematic Reviews*.

A terceira etapa da pesquisa, consistiu na análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, com o intuito de obter mais evidência científica que desse suporte à temática em estudo, pelo que incluí mais seis artigos. Encontra-se no Apêndice III o fluxograma PRISMA FLOW que apresenta de forma esquematizada a pesquisa realizada. A pesquisa foi concluída no dia 8 de Fevereiro de 2023.

Os dados extraídos dos artigos incluídos nesta revisão *scoping* foram introduzidos em tabelas, construídas de acordo com as indicações do JBI (Aromataris & Munn, 2020). A análise de dados, a discussão de resultados e a apresentação das principais conclusões encontram-se no Apêndice IV.

O mapeamento da evidência científica disponível sobre o cuidar da pessoa surda permitiu conhecer os cuidados prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente dos/as enfermeiros/as. Emergiram artigos que se debruçam especificamente sobre as percepções de mulheres surdas face aos cuidados prestados ao longo do ciclo reprodutivo, área de

intervenção especializada do EEESMO. Existem menos artigos que abordem a perspectiva destes profissionais face à sua prestação de cuidados junto da pessoa surda.

Desta forma, foi possível conhecer as dificuldades e barreiras ao processo de cuidar e a sugestão de estratégias promotoras da melhoria dos cuidados. Os resultados obtidos nesta revisão *scoping* foram mobilizados na discussão dos resultados no subcapítulo 3.5.

2.2 Estudo qualitativo, de cariz exploratório e descritivo

Este relatório de estágio inclui um estudo qualitativo, de cariz exploratório e descritivo, pela necessidade de explorar as perceções das mulheres surdas face aos cuidados recebidos ao longo do ciclo reprodutivo, formulando um entendimento complexo e detalhado sobre a existência de eventuais dificuldades, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias facilitadoras do cuidar (S. P. Gonçalves & J. P. Gonçalves, 2021). Para tal, elaborei um questionário *online* elaborado no *Google Forms* (Apêndice V).

Numa primeira fase, procedi à sua divulgação junto da Associação Portuguesa dos Surdos (APS), instituição particular de solidariedade social de referência na defesa dos direitos das pessoas surdas. Esta organização sugeriu a disseminação do mesmo em grupos de redes sociais, exclusivos da comunidade surda, pelo que optei por esta estratégia de divulgação do mesmo. O questionário *online* foi implementado entre o dia 5 de maio de 2022 e o dia 5 de junho de 2022. Apesar das vinte e três (23) respostas obtidas, foram incluídas apenas nove (9), uma vez que catorze (14) questionários se encontravam incompletos.

O público-alvo, foram as mulheres surdas que receberam cuidados de enfermagem no âmbito de consultas de planeamento familiar, gravidez, parto e pós-parto, nos últimos três anos. Inicialmente, considerei o horizonte temporal de um ano, pela vivacidade e lembrança das experiências de cuidados. Contudo, tendo em conta as limitações e condicionantes no acesso aos cuidados de saúde causados pela pandemia, espelhadas nas respostas que fui obtendo, necessitei de alargar este período.

Uma vez que não encontrei na evidência científica um instrumento já construído e/ou validado que pudesse mobilizar, necessitei de elaborar um questionário baseado nos resultados obtidos da revisão *scoping* e da revisão da literatura efetuada, tendo em conta a premissa de que a pessoa surda apresenta geralmente baixos níveis de literacia em saúde. Desta forma, utilizei vocabulário simples e evitei o excesso de texto, facilitando a leitura da linguagem escrita, promovendo a compreensão da mulher surda no que concerne aos objetivos e implicações do estudo, facilitando o seu consentimento informado. Para a obtenção deste, fiz uma questão inicial, onde após explicar os objetivos e propósito do estudo, as participantes selecionavam a resposta “sim” ou “não”.

Para a construção das restantes perguntas, tive por base as conclusões dos estudos de Gichane et al. (2017); A.A. Costa et al. (2018); Hubbard et al. (2018); Luton et al. (2021);

Reis et al. (2021), que apresentam evidência científica sobre a percepção das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem recebidos, ao longo do ciclo reprodutivo.

A primeira parte do questionário permitiu a recolha de dados relativos à caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes. A segunda parte, com questões de resposta aberta e curta, possibilitou a definição de categorias *à priori* sobre as possíveis percepções das mulheres surdas participantes face aos cuidados de enfermagem recebidos.

Relativamente à caracterização sociodemográfica das mulheres surdas que responderam aos questionários (tabela 2), verifica-se que têm idades compreendidas entre os 28 e 57 anos, são casadas ou vivem em união de facto e, na sua generalidade, constituem famílias nucleares. A maioria refere não possuir apoios sociais ou suporte familiar da família extensa.

No que concerne à sua formação académica, verifica-se que a maioria é licenciada, sendo que duas participantes são detentoras de mestrado. Ao refletir sobre estes dados face ao descrito na literatura consultada (tendencialmente taxas de escolaridade mais baixas em comparação com a comunidade ouvinte), pergunto-me se estes resultados podem, de certa forma, refletir algumas políticas de inclusão das pessoas surdas ao nível da educação (medidas promotoras da igualdade de oportunidades no acesso ao ensino, nomeadamente o acompanhamento personalizado destes indivíduos e a adoção de estratégias facilitadoras da aprendizagem), ou se, por outro lado, as mulheres que optaram por responder ao questionário são aquelas com maior nível de escolaridade e literacia. Dado o reduzido número de participantes, vejo a pertinência de aprofundar este aspeto, em investigações futuras.

Tabela 2. Dados sociodemográficos das participantes

Dados sociodemográficos das participantes	N	%
Faixa etária (n=9)		
20-29	1	11%
30-39	1	11%
40-49	1	11%
50-59	2	22%
Escolaridade (n=9)		
3ºCiclo	1	11%
Ensino secundário	1	11%
Licenciatura	5	22%
Mestrado	2	22%
Situação conjugal (n=9)		
Casada	4	44%
União de facto	4	44%
Divorciada	1	11%
Tipo de família (n=9)		
Nuclear	8	88%
Monoparental	1	11%
Recursos familiares (n=9)		

Nenhum	7	77%
Avós maternos	1	11%
Psicóloga	1	11%

Relativamente à caracterização obstétrica das participantes (tabela 3), a maioria eram múltiparas; três mulheres eram primíparas e uma nulípara. A vivência de partos eutócicos e distócicos são em igual número, pelo que não é possível tecer nenhuma conclusão sobre a relação entre o acompanhamento destas mulheres durante o TP, tipo de parto e condição de surdez. Contudo, este seria também um dado pertinente a explorar em futuros trabalhos.

Tabela 3. Dados obstétricos das participantes

Dados obstétricos das participantes	N	%
Gravidezes anteriores (n=9)		
0	1	11%
1	3	33%
2	4	44%
3	1	11%
Filhos vivos (n=9)		
0	1	11%
1	3	33%
2	4	44%
3	1	11%
Tipos de partos anteriores (n=9)		
Eutócico	4	44%
Cesariana	3	33%
Ventosa	1	11%
Nenhum	1	11%

Recolhidos os dados sobre as percepções das mulheres surdas participantes, procedi à análise de conteúdo segundo Bardin (2016), que decorreu em três fases distintas. Na primeira fase, a pré-análise, procedeu-se à organização das ideias iniciais, escolha dos documentos a analisar, formulação de hipóteses e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, após uma leitura superficial das transcrições (Bardin, 2016). Na segunda fase, procedeu-se à exploração do material, ou seja, a realização de operações de codificação, decomposição ou numeração. Na terceira e última fase, realizou-se o tratamento dos dados que foram obtidos e procedeu-se à interpretação dos mesmos (Bardin, 2016).

No final emergiram duas categorias: estratégias comunicacionais adotadas pelos enfermeiros e sugestões para a melhoria da prestação de cuidados, que irão ser abordadas no subcapítulo 3.5.1.

2.3 Trabalho de campo

Para dar a conhecer a temática do presente relatório de estágio às equipas de enfermagem dos vários contextos onde realizei EC, elaborei sessões de divulgação sobre o

tema. O conteúdo teórico das mesmas resultaram dos dados obtidos na revisão *scoping* e revisão da literatura prévia, onde transmiti a melhor e mais recente evidência científica. No Apêndice VI encontra-se um exemplo de uma dessas sessões, nomeadamente a realizada no contexto de Cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal.

Esta temática demonstrou promover, com facilidade, a discussão entre os participantes, proporcionando um ambiente favorável à partilha de experiências. Desta forma, apercebi-me das dificuldades vivenciadas pelos mesmos na prestação de cuidados à mulher surda e das estratégias facilitadoras do cuidar que mais utilizavam.

Tendo em conta esta constatação, sensivelmente a meio do EC, optei por promover um *brainstorming* prévio sobre o tema, incitando à partilha de experiências dos participantes, antes da sessão da apresentação dos conceitos inerentes à temática, consequente da revisão da literatura efetuada e dos dados obtidos através da revisão *scoping*. Neste sentido, pedi aos participantes que nomeassem uma palavra que caracterizasse a sua experiência de cuidados, uma palavra que caracterizasse as dificuldades sentidas (se fosse esse o caso) e duas estratégias promotoras da melhoria de cuidados às mulheres surdas. Pretendi com esta estratégia que os contributos partilhados não fossem condicionados pela minha apresentação do tema e fossem, desta forma, mais “autênticos”.

A técnica de *brainstorming* pretende gerar o maior número de ideias possíveis acerca de um determinado tema ou questão. Esta ferramenta incentiva o pensamento flexível e afasta a rigidez do pensamento vertical dos participantes através dos estímulos que são produzidos e da suspensão de juízos de valor face às perspetivas de cada um. Assim, nenhuma ideia/opinião/vivência é ridicularizada ou rejeitada, dando aos participantes uma maior liberdade de explorar ideias e pensamentos (Broega et al., 2012).

Tendo em conta a pertinência destas partilhas, optei por sistematizá-las (Apêndice VII) e incluí-las na discussão de resultados no subcapítulo 3.5., contributo importante para dar resposta ao segundo e terceiro objetivos específicos do presente relatório de estágio.

Construí uma grelha de registo baseada na Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*, objetivando a análise da minha intervenção em contexto de prestação de cuidados a mulheres surdas em EC (Apêndice VIII). Apliquei esta ferramenta em contexto de Bloco de Partos (BP), facto que se revelou de extrema importância, pois permitiu realizar uma reflexão crítica detalhada da minha atuação. A mobilização destes dados encontram-se ao longo do subcapítulo 3.5.

Os contributos dos participantes nas sessões de divulgação, a análise da minha experiência no cuidar da mulher surda e a análise dos questionários do *Google Forms* sobre as perceções das mulheres surdas, permitiram formular propostas de estratégias facilitadoras do cuidar destas mulheres, respondendo ao quarto objetivo específico deste relatório.

CAPÍTULO III. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS COMO FUTURA EEESMO E MESTRE

Este capítulo apresenta a descrição e análise das situações que contribuíram para o meu percurso de aprendizagem e promoveram o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, tendo em conta o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº140/2019), o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2010) e o documento *Essential Competencies for Midwifery Practice* da *International Confederation of Midwives* (ICM, 2019).

A tabela síntese de experiências para cumprimento da Lei nº25/2014, de 2 de maio, ponto 5.1-B do anexo II, encontra-se no Anexo I.

3.1 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concecional e período pré-natal

No que respeita ao desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da saúde sexual e pré-concecional da mulher/casal, foi no EC em contexto de Ginecologia, num serviço de consultas externas de Obstetrícia/Ginecologia, que vivenciei as situações de aprendizagem aqui analisadas e refletidas. Assim, colaborei com o médico ginecologista na colocação e extração de implantes hormonais subcutâneos e de dispositivos/sistemas intrauterinos. Neste contexto de estágio, toda a informação e orientação em matéria de planeamento familiar e contraceção, bem como a supervisão da utilização de um método e adaptação ao mesmo é realizada pelo médico e não pelo EEESMO, apesar do que está preconizado no Regulamento das Competências Específicas (OE, 2010).

Contudo, foram momentos de grande aprendizagem, pois aprofundei os meus conhecimentos teóricos acerca dos métodos contraceptivos existentes no que concerne ao seu funcionamento e eficácia, forma de utilização, efeitos secundários mais comuns, riscos e benefícios para a saúde.

O desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados à mulher no período pré-natal iniciou-se no estágio em contexto de Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Esta pertencia a um concelho de Lisboa densamente povoado e alvo de fluxos migratórios, sobressaindo no panorama nacional como o concelho de maior afluência migratória do país, oriunda de África, Brasil e países do Leste da Europa (M. Fonseca, 2009).

Ao longo dos momentos de interação junto destas famílias, principalmente junto da mulher grávida em contexto de consulta de enfermagem de vigilância da gravidez de baixo risco, tive oportunidade de refletir e repensar a forma como as perspetivas, as tradições, os valores, as práticas e os sistemas familiares de cada mulher/casal/família, culturalmente diversificados, devem nortear a nossa prestação de cuidados.

Identifiquei a pertinência de analisar criticamente estas questões, contribuindo para a construção de um cuidar especializado, personalizado às necessidades de cada mulher/casal/família. Foi importante rever os conceitos subjacentes, principalmente sobre a importância da competência cultural como aptidão inerente ao conjunto de habilidades e conhecimentos que deve integrar o corpo do saber do EEESMO.

O conceito de cultura pode ser entendido como o conjunto de crenças, valores e estilos de vida partilhados por um grupo de indivíduos, transmitidos através das gerações e que influenciam o pensamento e atuação dos seus membros (Ramos, 2013). Os migrantes partilham a sua cultura de origem com a população autóctone, misturando-as, podendo surgir uma pluralidade de culturas, denominada de multiculturalidade.

Assim sendo, a competência cultural refere-se às aptidões necessárias para prestar cuidados personalizados e humanizados, tendo em conta a cultura de cada pessoa e respetiva família. Esta pode ser entendida como a capacidade de estabelecer relações interpessoais e profissionais que ultrapassam as diferenças culturais, através do reconhecimento da importância das influências culturais e sociais da outra pessoa, da análise da interação destes fatores e da escolha de intervenções adequadas em função dos mesmos (Crespo et al., 2014; Parreira et al., 2016). Ou seja, a competência cultural passa pela implementação de intervenções que sirvam, apoiem, capacitem e salvaguardem os valores, crenças e modos de vida das pessoas e famílias, enquanto se promove a saúde e o bem-estar dos mesmos (Crespo et al., 2014).

Esta exigência na prestação de cuidados especializados pelo EEESMO está presente em vários documentos orientadores da sua prática. Por exemplo, a ICM (2019) menciona que o EEESMO deve prestar cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis a toda a comunidade. Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2015) corrobora esta perceção, afirmando que o EEESMO deve seguir o modelo de prestação de cuidados centrados na mulher, apoiando-a, defendendo as suas vontades, criando condições para a tomada de decisão livre e informada, oferecendo informação imparcial que abranja as suas crenças e valores, sem julgamentos.

É importante que o EEESMO colha dados sobre os hábitos e costumes da mulher grávida, uma vez que podem influenciar o bem-estar materno-fetal. Segundo Perry (2008), o objetivo nunca poderá passar pela tentativa de mudança dessas crenças, mas sim que a mulher/casal/família entendam as possíveis consequências para a evolução da gravidez e eventualmente, se necessário, negociar alguns cuidados. Dito isto, considero que a prestação de cuidados do EEESMO não é de excelência, se este não for culturalmente competente.

Analisando a minha ação em EC, demonstrei constante respeito pela privacidade, cultura, religião, etnia, raça, crenças e valores de todas as mulheres/casais/famílias alvo dos meus cuidados. Constatei a existência de alguns mitos e crenças associadas à gravidez, parto, amamentação e pós-parto, principalmente por parte das mulheres migrantes,

associadas à sua cultura de origem. Assim, procurei desmistificar conceitos e, sempre que necessário, encontrar alternativas respeitosas, adaptadas aos recursos disponíveis.

No que está relacionado com os cuidados pré-natais, estes englobam a avaliação do bem-estar materno e fetal, a identificação de fatores de risco que possam comprometer a saúde da mulher e/ou feto e a deteção precoce de situações desviantes do curso normal da gravidez (DGS, 2015a). Assim, foi constante a minha atenção para com as necessidades da mulher grávida/casal/família no que está relacionado com a adaptação à gravidez, saúde mental e fatores de risco psicossociais.

A gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher/casal, gerando profundas alterações físicas e psíquicas, que os prepara para a parentalidade. Nesta fase, fatores de risco como vivências traumáticas na infância, depressão materna, violência doméstica, consumo excessivo de álcool, toxicodependência e gravidez na adolescência, podem comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança (DGS, 2005). Por isto, é necessário fornecer apoio à mulher grávida/casal, atender aos seus estados emocionais e desenvolver estratégias que fortaleçam as competências parentais.

Assim sendo, espera-se que o EEESMO avalie o risco psicossocial e estructure intervenções individuais em função de cada mulher grávida/casal, encorajando-os a falar sobre quaisquer alterações do seu estado emocional (humor, percepção, pensamento) e dos comportamentos que considerem fora do padrão habitual. Deve também promover e desenvolver fatores protetores da saúde mental na gravidez, intervindo precocemente nas situações identificadas como problemáticas, mantendo um contacto próximo da utente e um conhecimento atualizado sobre a evolução dos acontecimentos. Em última instância, deverá referenciar para consultas de saúde mental/psicologia, a mulher grávida e/ou companheiro/a que apresentem sintomas inequívocos de depressão (DGS, 2015a).

Tendo em conta estes pressupostos, esforcei-me para que os momentos de consulta fossem favoráveis à partilha de pensamentos, emoções e preocupações, através da construção de um ambiente acolhedor e de confiança, recorrendo à escuta ativa, demonstrando compreensão e empatia pelas vivências da mulher grávida/casal e valorização das suas necessidades. Estive atenta à existência de possíveis fatores de risco, participando na deteção precoce de situações potencialmente problemáticas, avaliando a necessidade de referenciar para outros profissionais de saúde ou recursos existentes na comunidade, sempre em processo de análise e reflexão com a minha orientadora clínica.

Também no EC em contexto de cuidados à grávida/casal em situação de risco materno-fetal, num serviço de internamento, procurei analisar a saúde mental da mulher/casal e a sua adaptação à gravidez, atendendo ao impacto da vivência daquela hospitalização, ainda mais condicionada pela realidade pandémica vivida naquele período. Para este fim, dei continuidade ao processo de desenvolvimento das minhas competências comunicacionais e relacionais, aperfeiçoando as técnicas supramencionadas.

Procurei implementar algumas estratégias facilitadoras da adaptação da mulher grávida/casal ao internamento, adaptadas às exigências e limitações da pandemia, tais como: orientar o/a companheiro/a na marcação dos testes para SARS-CoV-2, de forma a garantir a sua presença na visita; fornecer a *password* da *internet*, para que a mulher grávida pudesse estar em contacto com as suas redes sociais ou manter o contacto com o mundo exterior; facilitar a entrega dos seus bens pessoais, mesmo fora do horário da visita. Em última instância, procurei avaliar a necessidade de referenciar para outros profissionais, tais como psicólogo ou assistente social, ou recursos existentes na comunidade.

Ao longo do EC em contexto de cuidados de saúde primários, tive oportunidade de prestar cuidados a mulheres grávidas, em diferentes trimestres da gravidez, incluindo algumas situações de primeira consulta. Nestes casos, procedi à realização de colheita de dados e avaliação inicial, com recurso a entrevista, identificando a história socio-biográfica dos progenitores, projeto de gravidez, antecedentes pessoais, ciclos menstruais e contraceção, antecedentes obstétricos, alergias, hábitos tabágicos, alcoólicos ou consumo de drogas, medicação habitual, grupo sanguíneo e fator Rh, antecedentes de saúde familiar maternos e paternos, verificação do boletim de vacinas, interpretação de exames laboratoriais e ecográficos e avaliação do grau de risco através da Escala de *Goodwin Modificada*, registando estes dados no boletim de saúde da mulher grávida. Neste sentido, considero ter adquirido competências técnicas, cognitivas e práticas neste âmbito, sendo que, no final do estágio, fui capaz de realizar entrevistas completas, de forma autónoma.

No que está relacionado com a interpretação dos exames complementares de diagnóstico e terapêutica preconizados para cada trimestre da gravidez, fui desenvolvendo a minha capacidade de análise e interpretação dos mesmos, melhorando as minhas competências na identificação, dos desvios ao padrão esperado e identificação dos exames em falta. Aprendi a identificar os dados mais importantes de viabilidade fetal e despiste de malformações nos relatórios das ecografias.

Tive a oportunidade de proceder à realização do exame físico da mulher grávida que incluiu os seguintes parâmetros: sinais vitais, peso, altura, altura do fundo do útero, manobras de Leopold, auscultação de batimentos cardíacos fetais dependendo da idade gestacional, realização do teste rápido de urina, pesquisa de edemas, determinação do estado nutricional e da saúde oral e despiste de sinais e sintomas, identificando situações de risco/alerta.

A dimensão da educação para a saúde junto da mulher grávida/casal/família, foi uma constante nas consultas de enfermagem de vigilância de gravidez de baixo risco, pois é um meio de prevenção de complicações neste período. Acompanhei a intervenção de vários enfermeiros/as neste âmbito, incluindo enfermeiros/as de cuidados gerais e enfermeiros especialistas noutras áreas de atuação, facto que me levou a concluir que o cuidar especializado dos EEESMO acrescenta mais qualidade a este momento, pois conjuga os seus

saberes e competências específicas com aquelas que lhe conferem um papel efetivo de agente de educação para a saúde.

O conceito de educação para a saúde pode ser compreendido como uma combinação de aprendizagens que tem por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento da literacia em saúde e do desenvolvimento de competências (OMS, 2012). A limitada literacia em saúde da mulher grávida tem um efeito negativo sobre o seu conhecimento em saúde, sobre os comportamentos que adota, sobre a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, de utilizar serviços preventivos e cuidar de si e de quem delas depende (Khorasani et al., 2018).

Esta dimensão denomina-se de literacia em saúde materna, a qual implica a necessidade de reforçar a participação e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da mulher grávida/casal relativamente à gravidez e à maternidade (D. Silva, 2014; Khorasani et al., 2018). A ausência destes fatores potenciam uma gravidez mal vigiada ou sem vigilância, onde se constata maior taxa de complicações durante a gravidez, parto e pós-parto, acarretando mais riscos materno-fetais e neonatais (A. Oliveira, 2016).

A população-alvo da USF apresentava baixos níveis de literacia em saúde, pelo que era de extrema importância implementar intervenções que ajudassem a combater este facto. Enquanto futura EEESMO, incorporei esta preocupação na minha ação, principalmente em contexto de consulta de enfermagem de vigilância da gravidez de baixo risco.

Como estratégias facilitadoras deste cuidar, adequiei a minha linguagem aos níveis de conhecimentos de cada mulher grávida/casal, utilizei as dúvidas trazidas por estes como ponto de partida para a capacitação dos mesmos e disponibilizei-me para qualquer esclarecimento, mesmo fora do contexto de consulta.

Baseei-me na premissa de que é preciso saber “interpretar” a mulher grávida/casal, compreendendo as suas necessidades de saúde. E mais do que informar, ou seja, comunicar informação, é essencial ensinar e sobretudo educar, isto é, transmitir conhecimentos pertinentes para a saúde de forma sistematizada e que provoquem mudanças positivas. É igualmente importante integrar esta informação no devido contexto, o que significa, instruir. Desta forma, proporcionamos à mulher grávida/casal uma oportunidade de otimizar a sua saúde durante a gravidez. É fundamental tornar os factos compreensíveis e claros, ou seja, explicar conceitos, orientando-os para as melhores decisões (Bernardino et al., 2009).

No âmbito da preparação para o parto e parentalidade, abordei ativamente as questões da gravidez, parto, puerpério e parentalidade em contexto de consulta de enfermagem no âmbito da educação pré-natal. Desta forma, promovi a confiança e potencieei o desenvolvimento de competências da mulher grávida/casal/família para a vivência plena destas fases, bem como de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho. Participei num curso(s) de preparação para o parto e parentalidade (CPPP) em modalidade

não presencial, através da plataforma *zoom*. Embora não tenha apresentado nenhuma sessão, foi-me pedido com frequência o meu contributo sobre as temáticas abordadas.

Dei continuidade ao desenvolvimento destas competências no EC de Cuidados à grávida/casal em situação de Risco Materno-Fetal. O principal alvo da prestação de cuidados neste âmbito é a mulher grávida, internada para vigilância do bem-estar materno-fetal e tratamento adequado após o diagnóstico de uma situação anómala ou patológica, que muitas vezes está associada a uma gravidez de alto risco. Preocupei-me em compreender a etiologia dos diagnósticos e as alterações do bem-estar materno-fetal, em contextualizar problemas, explorar opções de intervenção, antever os resultados esperados, saber fundamentar a minha tomada de decisão e expô-la aos meus pares e restante equipa multidisciplinar, quando necessário.

As alterações no padrão de adaptação à gravidez com patologia associada com que mais contactei, foi a hiperémese gravídica, colestase gravídica, hemorragia do 3º trimestre, ameaça de parto pré-termo, restrição de crescimento fetal e estudo/vigilância do bem-estar materno-fetal após a deteção de alterações da cardiocotografia (CTG). No que concerne a situações de gravidez de alto risco, já previamente diagnosticadas, contactei com mulheres grávidas com hipertensão induzida pela gravidez (HIG) ou hipertensão arterial (HTA) crónica, internadas para vigilância dos valores da tensão arterial, controlo analítico e otimização do esquema terapêutico. Contactei com mulheres grávidas com diabetes gestacional (DG) que necessitaram de maior vigilância e otimização do seu regime terapêutico e/ou dos seus estilos de vida, principalmente do regime alimentar.

Por vezes, as alterações e diagnósticos supracitados eram identificados em simultâneo na mesma mulher grávida, reforçando o grau de dificuldade e complexidade na prestação de cuidados. Este facto permitiu-me desenvolver as minhas competências teóricas e cognitivas pois, para além de compreender os mecanismos da fisiopatologia, necessitei de relacionar conceitos, fatores de risco, efeitos secundários e mecanismos de atuação.

3.2 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o TP

Dei início ao desenvolvimento desta competência no EC em contexto de Cuidados à grávida/casal em situação de Risco Materno-Fetal, tendo dado continuidade no contexto de BP. Isto porque, os serviços onde realizei os estágios supracitados são da mesma unidade hospitalar, onde está protocolado o início da indução do trabalho de parto (ITP) no internamento materno-fetal, bem como o acolhimento e preparação da mulher grávida, internada para realização de cesariana programada.

A ITP trata de induzir artificialmente contratilidade uterina, de forma que se inicie o TP, antes do que seria suposto espontaneamente, a partir das 24 semanas de gestação (S. Fonseca, 2016). Este procedimento só está indicado quando os benefícios para a mãe e para o feto são maiores do que os deixar prosseguir a gravidez, sendo por isso, restringido aos casos em que há indicações clínicas formais (L. M. Graça, 2017). De acordo com a *American*

College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG, 2013), não devem ser induzidos TP antes das 39 semanas, salvo indicações médicas específicas.

As indicações para a ITP são a rotura prematura de membranas sem TP, HIG, DG, estado fetal não tranquilizador, gravidez pós-termo, gravidez gemelar e condições médico-cirúrgicas maternas. As principais contra-indicações são todas as que contra-indicam o parto vaginal, como por exemplo, macrosomia significativa, hidrocefalia grave, apresentações fetais anómalas, gravidez multifetal (mais de dois fetos) e compromisso fetal (oxigenativo ou outro); condições médico-cirúrgicas graves; cesariana ou outra cirurgia uterina anterior, anomalia pélvica, placenta prévia. É importante relembrar que a história de uma única cesariana anterior não complicada, não é contra-indicação formal para a ITP (L. M. Graça, 2017).

Das situações vivenciadas em EC, todas as mulheres submetidas a ITP a quem prestei cuidados, cumpriam as indicações supracitadas. A justificação mais frequente foi a gravidez pós-termo, sendo uma ITP por IG, porém, também contactei com situações onde existia patologia materna ou fetal associada, como por exemplo, diagnósticos de restrição de crescimento fetal com ou sem alterações de fluxos, HIG, HTA crónica e DG.

Num momento inicial, realizei o acolhimento destas mulheres/casais e procedi à colheita de dados e avaliação inicial recorrendo à entrevista, verificação do boletim de vacinas e do boletim de saúde da mulher grávida e à validação dos resultados de exames laboratoriais e ecográficos. Procedia ainda à validação do consentimento informado, assinado pela mulher grávida na última consulta com o médico obstetra, bem como à auscultação da existência de dúvidas e da compreensão de todas as dimensões subjacentes. Procurei dar continuidade ao desenvolvimento destas competências no contexto de BP, quer aquando da admissão da mulher/casal no serviço, quer na forma como me apresentava no início de cada turno.

Assim, identifiquei-me junto de todas as mulheres grávidas/casais a quem prestei cuidados, dando a conhecer o meu nome e a minha posição académica inerente à minha presença naquele contexto, dados sempre explícitos no meu cartão de identificação. Caso se tratasse de uma admissão, apresentava as instalações e condições físicas, explicando os principais aspetos acerca do funcionamento do serviço, como por exemplo, o horário de entrada e saída do/a acompanhante. Procurei conhecer o estado geral da mulher grávida/casal, as suas expectativas, preferências, medos e receios, criando um ambiente de confiança para que se sentissem confortáveis na exposição das suas dúvidas, tal como preconiza Lopes (2016).

De acordo com P. Costa et al. (2016), o acolhimento é o ponto de partida para a humanização dos cuidados de saúde, devendo ser um aspeto relevante em todos os contextos. O acolhimento da mulher grávida/casal num serviço de BP é uma ferramenta fundamental na minimização da fragilidade e ansiedade sentidas na vivência desta nova realidade. Destaca-se o papel do EEESMO na ação de acolher e dialogar, mobilizando as

suas competências comunicacionais, relacionais, sociais e éticas no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz desde o primeiro instante, aspeto determinante para uma continuidade de cuidados com *outcomes* positivos (Medeiros, 2015; L. Santos et al., 2011).

Globalmente, considero ter adquirido competências técnicas, cognitivas e práticas no âmbito do acolhimento da mulher grávida/casal e realização da respetiva anamnese. Em simultâneo, preocupei-me em estabelecer uma relação de proximidade junto destes, desde o primeiro momento, transmitindo segurança e empatia pelas suas vivências, expectativas, preocupações e receios. Procurei promover um primeiro impacto positivo, num ambiente envolvente pouco familiar para a mulher grávida/casal.

Em todas as situações, tentei perceber se a mulher/casal trazia consigo um plano de parto (podia não ser escrito), de forma a conhecer as suas preferências e/ou identificar aspetos que não poderiam ser atendidos, tendo em conta os recursos disponíveis. Nestas situações, procurei oferecer outras alternativas, atendendo às necessidades da mulher/casal. Por exemplo, no que concerne aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, esta unidade hospitalar não dispõe de recursos para proporcionar aromaterapia ou cromoterapia, pelo que aos casais onde este pedido constava no plano de parto, sugeria as alternativas possíveis como a musicoterapia, massagem, utilização de bola de pilates e a hidroterapia.

Esta “leitura e interpretação” junto da mulher/casal é importante para desmistificar alguns conceitos e possibilidades, tendo em conta algumas das suas preferências específicas, enquanto demonstramos interesse e respeito sobre as suas necessidades, construindo uma relação de confiança, diminuindo assim alguma ansiedade subjacente. De acordo com Lopes (2016), se existe um plano de parto, este deve ser discutido com o EEESMO, como ponto de partida para conhecer as expectativas da mulher/casal, transmitindo respeito e reconhecimento pelas suas preferências, de forma a potenciar uma experiência satisfatória, enquanto se esclarece acerca da necessidade de mudar de atuação, se surgir uma situação de compromisso do bem-estar materno-fetal.

Procurei atuar em função do plano de parto de cada mulher grávida a quem prestei cuidados, quer se encontrasse escrito, quer fosse verbalizado pela mesma. Sempre que não foi possível intervir de acordo com as preferências e vontades expressas, justifiquei e fundamentei as razões inerentes e, em pareceria, encontrámos alternativas igualmente satisfatórias, confortáveis e respeitosas.

Prestei cuidados a poucas parturientes que tivessem frequentado algum CPPP ou que trouxessem consigo um plano de parto escrito. Penso que este facto pode ser justificado pelas particularidades e características da população abrangente da instituição considerada. Apesar da pandemia ter piorado o acesso aos cuidados de saúde, era pré-existente a baixa literacia em saúde, principalmente em saúde materna, sendo frequente estas mulheres adotarem poucos comportamentos protetores da saúde durante a gravidez, parto e pós-parto. As questões culturais também podem influenciar este fenómeno, uma vez que as mulheres

grávidas ainda se aconselham junto das figuras maternas mais velhas, como as mães, tias e avós, em detrimento dos profissionais de saúde.

Relativamente à análise do traçado de CTG, considero que as minhas competências neste âmbito foram crescendo, principalmente ao longo do EC em contexto de BP. Atendendo à vigilância da evolução do TP, foi necessário mobilizar competências previamente adquiridas em estágio, como a avaliação do padrão de contratilidade uterina (amplitude, duração, frequência, regularidade) e dos batimentos cardio-fetais (variabilidade, presença de acelerações ou desacelerações).

Segundo A. Sequeira et al. (2016), a CTG é um exame complementar de diagnóstico que objetiva a avaliação do bem-estar fetal. É considerado um método biofísico que consiste no registo gráfico da frequência cardíaca fetal, contrações uterinas e dos movimentos fetais. Segundo L. M. Graça e R. M. Carvalho (2017), todos os médicos obstetras e EEESMO devem saber interpretar visualmente os traçados cardiotocográficos e deles retirar a informação pertinente sobre o estado oxigenativo do feto e contratilidade uterina. Para tal, procurei ser proativa na apresentação da minha análise junto dos orientadores clínicos, que esclareciam dúvidas e promoviam a minha reflexão crítica sobre os conceitos subjacentes, aumentando a minha confiança.

Relativamente às cesarianas programadas, os motivos mais frequentes para a sua realização em EC foram as seguintes: duas ou mais cesarianas anteriores, placenta prévia, acretismo placenta, apresentação pélvica ou transversa ou por patologia materna. De acordo com a DGS (2015b), uma cesariana consiste na realização de uma laparotomia, seguida da extração de um ou mais fetos, vivos ou mortos, do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas de gestação. Considera-se programada quando o motivo da cirurgia não requer que esta seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada para uma data futura.

O serviço onde cumpri o EC de BP dispõe de cinco salas de parto, todas semelhantes, equipadas com uma cama de parto, aparelho de CTG, armários com material de apoio, unidade de RN/mesa de reanimação, recursos facilitadores do TP (cadeirão, bola de pilates, bola amendoim, banco/escada, rádio/coluna de música *Bluetooth*) e uma casa-de-banho (duche espaçoso, com um assento). Possui ar condicionado e iluminação no teto e nas paredes junto à cama, bem como uma claraboia, também no teto, que possibilita a entrada de luz solar. O seu funcionamento é regulado por campainhas, sendo por isso de fácil utilização para a parturiente. Possui uma sala operatória, equipada para realização de cesarianas, bem como um recobro, com duas vagas, onde as mulheres permanecem durante o puerpério imediato.

Tendo em conta o supracitado, considero que as condições ambientais e físicas oferecidas por esta unidade hospitalar proporcionam um ambiente acolhedor e seguro à mulher grávida/casal na vivência do seu TP e parto. Este aspeto é de extrema importância, uma vez que a sensação de segurança, tão influenciada pelo ambiente envolvente, é o pilar

de todos os estados de relaxamento e bem-estar. Neste âmbito, favorece a ação das hormonas envolvidas no TP, nomeadamente a ação da ocitocina e das endorfinas. Este facto promove a vivência de um parto mais fisiológico, diminuindo a incidência de partos instrumentados e de episiotomias, acarretando menos riscos materno-fetais (OE, 2022).

Relativamente aos principais motivos de internamento no BP, são admitidas mulheres grávidas provenientes do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia por rotura espontânea da bolsa amniótica, fase latente ou fase ativa do TP ou suspeita de sofrimento fetal, com necessidade de realização de cesariana urgente/emergente; são também recebidas mulheres grávidas provenientes do serviço de medicina materno-fetal para cesariana eletiva, continuação da ITP, bem como para realização de analgesia locorregional e inerente continuidade de cuidados, aquando de situações de aborto tardio ou morte fetal. Ou seja, o principal alvo da prestação de cuidados é a mulher grávida internada para vigilância, acompanhamento individualizado e intervenção especializada ao longo dos quatro estádios do TP, com grande enfoque na deteção precoce e intervenção adequada em situações de urgência/emergência.

Acompanhar cinquenta e uma (51) parturientes em TP, permitiu-me adquirir e desenvolver competências para a prestar cuidados especializados de qualidade à mulher grávida/casal durante esta fase, colaborar no parto eutócico de forma segura e autónoma e atuar adequadamente em situações de urgência/emergência.. Colaborei com a mulher em quarenta e um (41) partos eutócicos e participei em dez (10) partos distócicos (cinco cesarianas e cinco ventosas). Não presenciei nenhum parto distócico com recurso a fórceps e prestei cuidados imediatos a dez (10) RN.

No que concerne à gestão e implementação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor no TP, considero que atendi às preferências, necessidades e estado clínico de cada parturiente, ajustadas aos recursos existentes. Esta aprendizagem é de extrema importância, uma vez que o EEESMO tem como foco proporcionar/atender a mulher nas diferentes fases do TP, onde se inclui a gestão da dor e a utilização de técnicas não farmacológicas para o seu alívio (OE, 2013).

A hidroterapia consiste na utilização da água como meio terapêutico, sendo que, especificamente para o alívio da dor durante o TP, está indicado o uso de água quente sob a forma de duche ou imersão (Cowan et al., 2017). Neste serviço está apenas disponível a realização de duchas com água quente, a que muitas vezes se associaram outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como por exemplo, o uso da bola de pilates ou a massagem.

A musicoterapia também se encontra disponível nesta unidade hospitalar, sendo muito frequente a sua aplicabilidade. Alguns casais já trazem consigo a *playlist* que pretendem ouvir ao longo do seu TP e parto. A quem não o fizesse, sugeria a audição da coletânea musical existente no serviço, que ligassem a rádio ou que se conectassem a sites de música *online*.

A massagem ajuda a relaxar e a diminuir a tensão muscular e a percepção da dor. Pode ser feita pela pessoa significativa que acompanha o TP e/ou pelo EEESMO (Monteiro et al., 2020). Procurei implementar este método não farmacológico junto das parturientes a quem prestei cuidados, objetivando o conforto e alívio de pressão da região cervical, lombar, sacrococcígea e membros inferiores. Envolvi o/a companheiro/a neste cuidado através da demonstração e explicação da massagem, supervisionando este momento, assistindo-os sempre que necessário.

De acordo com a OMS (2018), a deambulação, a verticalidade e a liberdade de movimentos são estratégias não farmacológicas no controlo e alívio da dor, também promotoras da progressão normal do TP, uma vez que potenciam a função contrátil das fibras uterinas. Constata-se menor percentagem de padrões anómalos nos traçados cardiotocográficos, uma melhor adaptação anatômica e fisiológica ao TP pelo benefício da gravidade na descida fetal e aumento dos diâmetros pélvicos, bem como uma melhoria significativa da estática fetal, reduzindo a incidência de posições anómalas (V. Cardoso et al., 2020). Consequentemente, verifica-se menor incidência de partos distócicos e dor menos intensa, levando ao uso menos frequente de analgesia farmacológica (Ferreira, 2016).

Tendo em conta o supracitado, orientei, supervisionei e incentivei as parturientes à deambulação e realização de exercícios promotores das assimetrias da bacia, através do uso da bola de pilates, banco/escada ou quando estas se encontravam de pé ou de cócoras. Caso a mulher grávida preferisse manter-se no leito, sugeria que se posicionasse em decúbito lateral esquerdo ou direito, apoiando a perna superior na bola amendoim, em flexão, num ângulo superior a noventa graus; caso escolhesse estar sentada ou semisentada, sugeria que as pernas permanecessem semifletidas em rotação externa ou cruzadas. Se esta quisesse permanecer em decúbito dorsal, colocava um soro aquecido na região sacrococcígea, promovendo a mobilidade desta parte da pélvis materna, e incentivava à alternância de movimentos de flexão, semiflexão e extensão dos membros inferiores.

É importante ressaltar que inicialmente foi difícil nomear as posições verticalizadas adequadas para a evolução favorável de cada TP, pois senti dificuldades na identificação da variedade fetal e da sua progressão no canal de parto. A discussão junto do meu orientador clínico e a repetição das situações permitiu-me treinar e aperfeiçoar estas competências.

Também as estratégias farmacológicas foram colocadas à disposição da parturiente, onde garanti a sua liberdade de escolha, incluindo do momento em que esta pretendia que lhe fosse fornecida. A analgesia sistémica que administrei com maior frequência foi o paracetamol e a butilescopolamina por via endovenosa. Sobre a analgesia locorregional, a epidural e a sequencial, é realizada pelo médico anestesista, que consoante a evolução do TP, escolhe qual executar.

A principal intervenção do EEESMO neste âmbito, segundo Guerra (2016), para além do apoio ao anestesista na preparação do material, da monitorização dos parâmetros vitais e

ajuda no posicionamento correto da parturiente, da administração de fluidoterapia com lactato de *ringer* e vigilância apertada do bem-estar materno-fetal, consiste no apoio e suporte emocional à mulher grávida/casal, uma vez que esta técnica ainda suscita muitas dúvidas e está envolta em grandes mitos que necessitam de ser esclarecidos. Assim, considero que atuei de acordo com os aspetos supracitados, para além de ter administrado e garantido a vigilância dos fármacos utilizados posteriormente, aquando do reforço da analgesia de TP.

A realização da rotura artificial da bolsa amniótica ou amniotomia, foi realizada quando estritamente necessária, pelo que a executei apenas seis vezes. Foram elegíveis os casos de suspeita de sofrimento fetal, onde era necessário perceber as características do líquido amniótico ou colocar uma monitorização interna fetal, bem como situações onde foi necessário promover a diminuição do tempo de TP e aumentar a dinâmica uterina (ACOG, 2009). Foi cumprida a boa prática clínica de não proceder a este procedimento se a mulher grávida tiver *Streptococcus* do Grupo β -hemolítico positivo e não terem sido administradas, no mínimo, duas tomas de antibioterapia de largo espetro.

Também desenvolvi as minhas competências no âmbito da realização do exame vaginal, tendo procedido à realização deste procedimento o mínimo de vezes possível, uma vez que a OMS (2015) aconselha intervalos de quatro horas entre cada avaliação, salvo sinais ou sintomas de compromisso do bem-estar materno-fetal.

Neste âmbito, procurei observar e interpretar as características do colo uterino (dilatação, apagamento, consistência, posição), identificar a apresentação e variedade fetal, a progressão da apresentação no canal de parto (nesta unidade hospitalar está preconizada a utilização dos planos de Lee) e observar a integridade das membranas da bolsa amniótica. No caso rotura de membranas, observava as características do líquido amniótico, como a cor, a viscosidade, o cheiro e a quantidade.

Ao longo deste EC pude constatar que a realização do toque vaginal é potenciador de ansiedade por parte das mulheres grávidas, uma vez que é invasivo e gera dor ou desconforto. Algumas, podem ter experiências anteriores negativas e traumatizantes, com memórias promotoras de medo e ansiedade face à repetição do que já vivenciaram. Neste sentido, procurei conhecer os sentimentos, pensamentos e perceções das mulheres grávidas a quem prestei cuidados, clarificando o propósito do toque vaginal, desmistificando mitos e esclarecendo dúvidas. Este cuidado vai de encontro ao que está preconizado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (2017), que defende que embora o toque vaginal ainda possa ser utilizado rotineiramente, tem a sua utilidade e o seu lugar, estando indicado quando o profissional de saúde necessita de reunir mais informações sobre o bem-estar materno-fetal.

Neste contexto de EC está protocolado a administração de perfusões ocitócicas na fase ativa do TP quando as contrações uterinas se revelam ineficazes ou sempre que é necessário diminuir o tempo de TP, pela existência de fatores de risco para o bem-estar

materno-fetal. Esta intervenção é explicada e discutida com a parturiente, obtendo o seu consentimento informado verbal.

Vivenciei situações de compromisso do bem-estar materno-fetal, refletidos em padrões cardiotocográficos não tranquilizadores, havendo necessidade de intervir em conformidade e em tempo útil. Na deteção de desacelerações prolongadas, implementei intervenções como a administração de soroterapia, promoção da alternância de decúbitos (posicionando a parturiente em decúbito lateral esquerdo ou em posição de quatro apoios) e informei sempre a equipa médica de obstetras. Em situações de taquissístolia ou hipertonia uterina, caso se aplicasse, suspendia a administração do fármaco uterotónico e comunicava o sucedido à mesma equipa de médicos. Presenciei uma situação onde foi administrado dois *puffs* de salbutamol que, tendo em conta o seu efeito tocolítico, suprimiu a contratilidade uterina (S. Fonseca, 2016).

Após o início da fase ativa do TP, procedi ao registo e interpretação da evolução do mesmo no partograma. Este instrumento de registo permite monitorizar e avaliar objetivamente a evolução do TP, de forma a minimizar a implementação de intervenções desnecessárias (Prada & Rafael, 2016). Procedi também ao registo dos cuidados prestados no sistema informático *Glintt*, onde incluí os diagnósticos identificados, as intervenções implementadas e os resultados obtidos.

Fui compreendendo que, para além da evidente inexistência do colo uterino, outros sinais sugestivos de dilatação completa poderiam surgir: aumento do introito vaginal, abaulamento do períneo, verbalização frequente da mulher grávida da sua necessidade involuntária de fazer esforços expulsivos, podendo estar associado algum nervosismo e perda de controlo. Nestes momentos, mantive-me calma e concentrada, dei indicações num tom de voz calmo e assertivo, utilizei frases curtas e palavras simples e privilegiei o contacto visual com a parturiente. Assim sendo, desenvolvi competências comunicacionais e relacionais neste âmbito, tornando-me o ponto de referência para a parturiente, orientando-a, motivando-a e capacitando-a para colaborar e facilitar o período expulsivo (Rodrigues, 2016).

No que está relacionado com a posição adotada pela mesma durante os esforços expulsivos, garanti a sua livre escolha e orientei-a na alternância de posições (de pé, de joelhos, de quatro apoios, deitada em decúbito dorsal ou lateral). Porém, as posições que estas mais adotaram aquando da coroação do polo cefálico foi a posição de litotomia e o decúbito lateral direito ou esquerdo, ligeiramente reclinadas.

No decorrer do EC deparei-me com várias situações de distócia de ombros, a primeira no primeiro parto. Emergiram sentimentos e pensamentos negativos e instalou-se o medo face às possíveis comorbilidades e possibilidade de mortalidade daquele feto.

Reconheci mais três vezes a ocorrência desta emergência obstétrica, facto que me permitiu aprender a gerir o *stress* emergente, através da utilização de estratégias que me mantivessem calma e concentrada, como por exemplo o controlo da respiração e rever

mentalmente os passos que devem ser cumpridos nesta situação. De acordo com Piotrowski (2013), o profissional deve manter-se calmo na vivência de emergências obstétricas, dando coragem e apoio à parturiente, de modo a reduzir a ansiedade e medo.

Este autocontrole fortaleceu o meu raciocínio sobre a situação, refletindo-se na tomada de decisões adequadas, em tempo útil, com a supervisão do meu orientador clínico. Solicitei sempre a presença das equipas médicas de pediatria e obstetrícia na sala e solicitei a colaboração do EEESMO responsável pelos cuidados imediatos ao RN na realização da manobra de McRoberts.

Executei apenas oito (8) episiotomias em EC, sempre média-lateral direita, pela necessidade de prevenção de lacerações de grau III e IV e sempre que foi necessário abreviar o nascimento do RN por CTG sugestiva de asfixia/sofrimento fetal agudo. Previamente à realização desta técnica informei a parturiente sobre a necessidade da sua realização, obtendo o seu consentimento. Realizei apenas uma vez a infiltração de anestésico local por planos na região do períneo onde procedi à episiotomia, uma vez que a parturiente não tinha sido submetida a analgesia locorregional, não estando garantida a prevenção da dor provocada pela incisão (Henriques, 2017).

No que está relacionado com técnica de proteção do períneo, desenvolvi as minhas competências práticas na realização da técnica *hands on*, mais especificamente sobre a manobra de *ritgen* modificada, método utilizado pelo meu orientador clínico. Inicialmente senti alguma dificuldade em coordenar a minha mão esquerda na exteriorização controlada da cabeça, enquanto a minha mão direita, com o uso de uma compressa, exercia pressão sobre a zona inferior do períneo. Através do treino e repetição fui aperfeiçoando esta técnica, considerando que obtive resultados muito positivos. No total dos quarenta e um (41) partos em que colaborei, ocorreram quatorze (14) lacerações de grau I, sete (7) lacerações de grau II e doze (12) períneos íntegros.

Senti dificuldades no desenvolvimento de competências no âmbito da sutura perineal, dada a exigência prática que lhe está inerente. Necessitei do apoio e orientação constante do meu orientador clínico, de forma a validar a minha análise e a execução técnica. Tendo em conta que exerço funções no serviço de Obstetrícia da mesma unidade hospitalar onde decorreu o estágio de BP, tive o privilégio de acompanhar a evolução cicatricial dos períneos que suturei durante o período em que estas mulheres se encontravam internadas. Assim, avaliei à *posteriori* a minha técnica de execução da perineorrafia. Partilhei este *feedback* junto do meu orientador clínico, onde delineámos estratégias promotoras da melhoria da minha destreza manual e qualidade técnica.

Logo após o nascimento, colocava o RN diretamente no abdómen ou tórax materno, de forma a promover o processo de vinculação através do contacto pele a pele, caso fosse essa a vontade da parturiente. A título individual, estes momentos foram extremamente emocionais, com uma sensação muito forte de realização pessoal. Sempre tive a consciência

do privilégio que me foi concedido por cada casal, ao permitirem ajudá-los naquela experiência tão importante para as suas vidas. Face ao preconizado pela OMS (2018), sempre que possível, procedi à laqueação tardia do cordão umbilical e permiti à mãe ou pai efetuarem o corte do mesmo, caso o desejassem. A exceção ao supracitado foram as situações onde detetei a presença de circulares cervicais apertadas não redutíveis. Contudo, recordo duas experiências distintas, onde me preparava para laquear o cordão após detetar a presença de duas e três circulares apertadas quando, na contração, ocorreu a exteriorização dos ombros e tronco do RN, pelo que, de forma intuitiva, executei a manobra de Somersault.

Os RN que necessitaram de algum tipo intervenção promotora da sua adaptação à vida extrauterina, como por exemplo, a aspiração de secreções ou a realização de ventilação não invasiva com pressão positiva, cumpriram contacto pele a pele com a mãe ou pai, assim que clinicamente estáveis.

Procedi a uma gestão ativa da terceira fase do TP, exercendo uma tração controlada no cordão umbilical após identificar os sinais de descolamento da placenta, com posterior colocação de perfusão de ocitocina, de acordo com o protocolado no serviço (no máximo até 20 unidades, no caso das múltiparas). Após a expulsão da placenta, procedi à avaliação regular e frequente do tônus uterino através da palpação do fundo do útero, prática recomendada pela OMS (2014).

Relativamente ao mecanismo de expulsão da placenta, o de Schultz foi o que mais observei, cumprindo a tendência descrita pela evidência científica face ao mecanismo de Duncan. Procedi à revisão detalhada de todas as placentas, verificando a sua forma e integridade, garantindo que não havia retenção de nenhum fragmento ou membrana na cavidade uterina, bem como a falta de algum cotilédone. Na maior parte das situações que vivenciei, as placentas eram discóides ou ovóides.

Inicialmente foi difícil garantir a integridade das duas membranas, o córion e o âmnio, por serem tão finas e aderentes. Com a ajuda do meu orientador clínico, consegui desenvolver as minhas competências neste âmbito. Procedi também à análise do cordão umbilical, nomeadamente o comprimento, a presença de duas artérias e uma veia e o tipo de inserção, tendo sido mais frequente a central e marginal. Observei duas vezes uma inserção velamentosa.

3.3 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O facto de ter estagiado num serviço com a mesma tipologia do meu contexto laboral, embora noutra unidade hospitalar, permitiu-me contactar com uma realidade diferente, com outros métodos de organização de trabalho, filosofia de cuidados e protocolos. Tive a oportunidade de refletir sobre as minhas práticas atuais e futuras, observar outras estratégias para atingir o mesmo fim e partilhar experiências num processo de reflexão crítica

permanente, numa perspetiva construtiva. Segundo Garmston et al. (2002), esta reflexão é fundamental para o desenvolvimento de competências, uma vez que promove a capacidade de reformulação das experiências vividas, encontrando melhores alternativas.

Adquirir esta consciência é de extrema importância para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EEESMO, uma vez que conhecer outras realidades expande a minha visão e compreensão sobre as problemáticas, maximizando o desenvolvimento das minhas competências no processo de tomada de decisão na resolução de problemas e na prestação de cuidados especializados, integrando na minha intervenção uma abordagem multidimensional da mulher/RN/família.

Tive oportunidade de desenvolver processos de educação para a saúde de forma constante, não só na promoção do processo de vinculação, mas também no desenvolvimento das competências parentais, apoio na amamentação, bem como na orientação dos recursos existentes na comunidade após a alta. O facto da população-alvo ser distinta daquela a quem presto cuidados no âmbito profissional, estimulou o desenvolvimento das minhas capacidades comunicacionais e relacionais, levando-me a mobilizar outras estratégias de transmissão e validação de informação, bem como de treino de competências parentais.

Estes casais eram predominantemente europeus, diferenciados e apresentavam maior literacia em saúde, pelo que considerei estarem mais bem preparados para se adaptarem ao período pós-natal. Muitos deles frequentaram CPPP, estando por isso mais conscientes sobre o que esperar, possuindo um maior conhecimento prévio sobre o parto e pós-parto. Sentiam muita necessidade de se tornarem autónomos com brevidade, para poderem reorganizar a sua dinâmica familiar sem impedimentos, retomando o mais rápido possível a sua atividade laboral, social e de lazer. Eram muito participativos, envolvendo-se em todas as atividades, requisitando com frequência a nossa presença para a validação da tomada de decisão, bem como no esclarecimento de dúvidas. Assim sendo, necessitei de adotar uma postura mais dinâmica junto da díade, utilizando linguagem mais científica, aumentando a frequência de momentos reservados para a partilha e esclarecimento de dúvidas.

O processo de educação para a saúde junto da díade pretende promover a sua aquisição de conhecimentos, permitindo-lhe desenvolver as suas competências parentais. Estas são definidas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que facilitam e otimizam o desempenho do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e desenvolvimento da criança (A. Cardoso & M. Nené, 2015). Todo o acompanhamento e apoio que forneci promoveu esta capacitação e empoderamento parental, apesar de, muitas vezes, este processo já ter sido iniciado durante a gravidez, pela frequência de CPPP.

Dado o contexto pandémico daquele período, a presença do pai em contexto de internamento encontrava-se limitada, consequência da restrição de visitas. Senti que este facto, em algumas situações, fez com que o pai não se sentisse totalmente incluído neste processo, tornando-o inseguro para cuidar do RN. Por consequência, a puérpera sentia-se na

obrigatoriedade de assumir a total responsabilidade pelo desenvolvimento das competências parentais, facto potencialmente gerador de ansiedade. Esta constatação, também verificada no meu contexto profissional, deixou-me inquieta e preocupada sobre o impacto negativo no bem-estar da tríade, nomeadamente no processo de vinculação, desenvolvimento das competências parentais, parentalidade e até mesmo na conjugalidade.

Objetivando a prevenção de possíveis consequências, aquando das horas de visita do pai, procurei fomentar momentos de conversa e partilha, para que o pai expusesse as suas dúvidas e que tivesse oportunidade de treinar alguns cuidados ao RN, tais como a mudança da fralda, cuidados de higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, amamentação, prevenção de cólicas e a manobra de desengasgamento. O *feedback* a este cuidado foi extramente positivo, uma vez que contribuiu para a confiança e satisfação do casal, existindo o sentimento de pertença e crescimento conjunto, facto também importante para a estabilidade da sua dinâmica nesta fase.

Abordando agora as questões relativas ao aleitamento materno, é importante clarificar que apesar da unidade hospitalar em questão não ser reconhecido como “Amigo dos Bebés”, existia a preocupação de toda a equipa de enfermagem em adotar comportamentos, atitudes e ações promotoras e protetoras da amamentação.

Estava presente o princípio de que os pais têm o direito de decidir sobre a alimentação da criança, necessitando de informação adequada e pertinente, esclarecendo dúvidas, para uma tomada de decisão consciente (L. C. Graça, 2010). Nas situações onde a puérpera/díade optou por alimentar o RN recorrendo ao leite artificial, a equipa de enfermagem assumiu uma postura de respeito face a essa opção, garantindo uma tomada de decisão informada e esclarecida.

Neste seguimento, alertei para os benefícios do aleitamento materno a todos os casais, tendo acompanhado e vigiado as mamadas daqueles que optaram por esta forma de alimentação do RN, identificando dificuldades e potenciais problemas, intervindo o mais precocemente possível, de forma a ultrapassá-las. Atentei ao posicionamento correto da puérpera e do RN, identifiquei sinais de uma pega incorreta, corrigindo-os, incentivei a livre demanda, sugeri estratégias promotoras da integridade cutânea dos mamilos, bem como do alívio da tensão mamária, prevenindo o ingurgitamento. Tentei também explorar a dimensão emocional relacionada com a amamentação, nomeadamente na identificação de expetativas e o confronto com a realidade, na desmistificação de medos e receios, no reforço positivo e empoderamento da mulher e na clarificação do significado que atribui a esta vivência.

Ao longo do EC tive oportunidade de implementar intervenções promotoras da recuperação da mulher no período do pós-parto, promovendo o autocuidado da mesma. No sentido de identificar complicações numa fase precoce, no início de cada turno, procedi à observação física da puérpera, numa lógica céfalo-caudal.

Neste sentido, sempre que detetei alguma alteração do bem-estar geral da puérpera, principalmente hemodinâmica e/ou obstétrica, preocupei-me em referenciar a situação à equipa multidisciplinar, cooperando em conformidade, intervindo de forma eficaz e irrepreensível, evitando possíveis complicações. Na base desta atuação está o conhecimento teórico sobre a anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores femininos e das alterações esperadas no pós-parto, para poder identificar precocemente os desvios da normalidade e estabelecer o plano de cuidados em conformidade (M. J. Santos & Batista, 2016).

Complementando esta avaliação física, a preocupação sobre o estado psicológico e emocional da puérpera foi uma constante. Assim sendo, procurei identificar precocemente sinais de alerta no seu discurso, atitudes e comportamentos, intervindo adequadamente junto desta, referenciando para outros profissionais, sempre que necessário. Esta interpretação nem sempre foi um processo fácil, uma vez que nos podem escapar alguns pormenores ou sobrevalorizarmos outros. Por este motivo, a partilha de experiências e opiniões junto da minha orientadora clínica foi um aspeto fulcral para o desenvolvimento da minha sensibilidade sobre estas questões, facto importante para o meu processo de aprendizagem.

Numa perspetiva da promoção do autocuidado, procurei maximizar o bem-estar da mulher, sensibilizei-a para a importância da existência de momentos que lhe permitissem cuidar de si, fomentando o conforto e prazer num período tão imprevisível como o pós-parto.

Subjacente a este cuidado encontra-se um conjunto complexo de intenções, isto porque na ausência de bem-estar, a mulher está desconfortável, sem disponibilidade para ouvir e relacionar-se, comprometendo a sua vivência do pós-parto, com repercussões físicas, psicológicas, emocionais e relacionais negativas com o RN, companheiro/a e família. O desenvolvimento desta sensibilidade enquanto futura EEESMO permitiu-me expandir a minha compreensão sobre as vivências e as necessidades da mulher nesta fase da vida, adotando uma postura mais empática, prestando cuidados de maior qualidade e mais personalizados.

Sobre o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN no puerpério imediato, este processo ocorreu sem obstáculos no EC de BP, pelo que rapidamente atingi total autonomia neste âmbito. Penso que os conhecimentos e habilidades já apreendidas na minha prática clínica facilitou a integração destas competências, nomeadamente na deteção precoce e prevenção de complicações.

Relativamente ao meu percurso de aprendizagem no EC em contexto de Neonatologia, quero realçar a reflexão que desenvolvi junto da equipa de enfermagem sobre a relação entre os cuidados antecipatórios do EEESMO e a prestação de cuidados de âmbito neonatal, nomeadamente sobre o impacto positivo desta relação na adaptação do RN à vida extrauterina, potenciando quadros clínicos de menor complexidade no âmbito da intervenção. Poderá ainda contribuir positivamente para o processo de aceitação e adaptação dos pais a esta realidade, que salvo raras exceções, é inesperada.

A equipa mencionou a importância de incluir nos CPPP uma breve abordagem e apresentação do serviço de Neonatologia, baseada na premissa que todas as questões inerentes à gravidez, parto, puerpério e parentalidade que podem afetar a mulher grávida e a sua família devem ser abordadas de forma pró-ativa, no âmbito da educação pré-natal. Apesar das questões relativas aos cuidados neonatais ainda não serem objetivamente mencionados, a realidade de ter um/a filho/a internado num serviço de Neonatologia ocorre no período do pós-parto. Esta dupla realidade é potencialmente desafiante para a mulher/casal e por isso, pode condicionar a forma como estes vivenciam esta etapa do ciclo de vida (DGS, 2015a),

Neste sentido, é pertinente delinear estratégias que possam ser implementadas nos CPPP que visem a diminuição da ansiedade, medo e receio dos pais, caso sejam confrontados com o internamento do/a filho/a no serviço de Neonatologia. A metodologia a adotar é de extrema importância, evitando que se instale a preocupação, especulação e medo desnecessários na mulher grávida/casal, face à saúde futura do RN. Assim sendo, esta abordagem deverá ser positiva, ligeira e descomplicada, atribuindo destaque à intervenção multidisciplinar de qualidade e segura entre os serviços de Neonatologia, BP e Obstetrícia.

3.4 Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Desenvolvi esta competência do EC em contexto de Ginecologia, no âmbito das consultas externas de Ginecologia/Obstetrícia. Nesta unidade hospitalar, o alvo da prestação de cuidados de enfermagem é a mulher em processo de doença ginecológica, referenciada pelo médico assistente, após a deteção de alguma alteração/anomalia, após realização de um exame complementar de diagnóstico e terapêutica, para confirmação de diagnóstico, vigilância e tratamento.

Ao longo do estágio, colaborei no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações relacionadas com afeções do aparelho génito-urinário, onde destaco a minha participação frequente em procedimentos como a Histeroscopia. Esta técnica consiste na introdução de um histeroscópio, através da vagina até à cavidade uterina, através da distensão provocada pela instilação de soro fisiológico, permitindo a visualização do endocolo e endométrio e, se necessário, a realização de biopsias e/ou tratamento de lesões endometriais (O'Reilly et al., 2008). Realço a minha dificuldade inicial em dominar a técnica inerente à preparação de todo o material, incluindo a montagem do histeroscópio. Contudo, com o apoio da minha orientadora clínica fui ganhando confiança, conseguindo tornar-me autónoma neste âmbito.

Durante o procedimento, o enfermeiro perito tem um papel fundamental na dinâmica da realização do exame, uma vez que tem de gerir a colaboração constante com o médico

(por exemplo, aumentar ou diminuir o fluxo de soro fisiológico ou abrir material) e o apoio à utente, que está numa posição vulnerável, exposta, com desconforto e dor associada.

Para facilitar esta vivência, é fundamental a implementação de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor como a musicoterapia, aplicação de crioterapia na região supra-púbica, concomitante com a massagem ou a distração, através do estabelecimento de um diálogo com a cliente, baseado numa comunicação terapêutica. Esta insere-se no âmbito das intervenções autónomas de enfermagem, onde a sua implementação e avaliação é da responsabilidade do próprio enfermeiro, podendo complementar com outras intervenções (Coelho, 2015). Deste modo, exige-se ao EEESMO competências comunicacionais e relacionais que deem resposta à exigência destes acontecimentos, prestando cuidados diferenciados e personalizados, facilitadores daquela vivência.

Também participei na consulta de enfermagem no dia do exame, prévia à sua realização, onde para além de proceder à colheita de dados para a anamnese e à administração de medicação analgésica oral, promovi o estabelecimento de uma relação terapêutica com aquela mulher, facilitando o estabelecimento de uma comunicação eficaz durante o procedimento. Durante o exame, avaliei sinais vitais, assisti a cliente no posicionamento na marquesa ginecológica, implementei estratégias não-farmacológicas para o controlo da dor, colaborando com o médico em simultâneo. No fim, prestei os cuidados de higiene e conforto, supervisionei o primeiro levante, procedi à educação para a saúde sobre os cuidados a ter, contraindicações, sinais de alarme e esclareci possíveis dúvidas.

Após os exames e tratamentos a que estas mulheres são submetidas, onde se inclui as histeroscopias, a equipa de enfermagem procede ao *follow-up* da recuperação das utentes no dia posterior à sua realização, através de uma teleconsulta de enfermagem, onde é questionado o seu estado geral, esclarecido dúvidas e realçado sinais de alarme. Tive por isso a oportunidade de participar neste momento, onde contactei as utentes a quem prestei cuidados, garantindo assim a continuidade de um cuidar individualizado, com proximidade.

Durante este EC tive a oportunidade de prestar cuidados à mulher com afeções do aparelho génito-urinário, principalmente aquando das consultas da patologia do colo. Aqui colaborei em procedimentos como a citologia, co-teste, biópsia do colo uterino e colposcopia em mulheres referenciadas pelos seus médicos assistentes após a deteção de alguma anomalia citológica de rotina ou uma tipagem positiva para o Vírus do Papiloma Humano.

Insere-se na prevenção secundária a minha participação na realização destes exames, uma vez que estas mulheres possuem alto risco de desenvolvimento de lesões ou já se encontram em processo de vigilância após tratamentos, objetivando a deteção precoce de novas lesões cervicais.

O Parecer n.º 141/2009 do Conselho de Enfermagem afirma que o EEESMO tem a responsabilidade de promover a saúde e prevenir a doença da mulher, devendo efetuar os exames necessários à identificação precoce e ao encaminhamento adequado das situações

que sejam consideradas anormais, estando inerente a realização de citologia cervical na vigilância da saúde da mulher durante o ciclo reprodutivo (Conselho de Enfermagem, 2009). Neste contexto, onde a utente já foi identificada com alguma anomalia, esta ação é da responsabilidade do médico.

Ainda neste âmbito, assisti a tratamentos do colo, porém, pela sua complexidade e pouca frequência, sinto que não consegui dominar as técnicas relativas à vaporização a laser e à conização. Contudo, procurei entender os conceitos teóricos subjacentes, dedicar-me ao apoio e acompanhamento da utente ao longo destes momentos, reforçando alguns ensinamentos e explorando as consequências destas experiências para a sua vida pessoal, tendo em conta a vivência da sua sexualidade, vida social, impacto profissional, prestando um cuidado mais personalizado e humanizado, tal como se espera da intervenção do EEESMO.

3.5 Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica

Cuidar da mulher surda é um desafio para os cuidados de saúde, designadamente na área da Saúde Materna e Obstétrica, onde a educação para a saúde é um instrumento fundamental e sistematicamente utilizado.

3.5.1 Perceções das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo

Da análise de conteúdo do material recolhido no estudo que realizei com mulheres surdas, emergiram dados sobre as perceções das participantes face aos cuidados que lhes foram prestados, que foram agrupados em duas categorias: estratégias comunicacionais adotadas pelos enfermeiros e sugestões para a melhoria da prestação de cuidados (Apêndice IX).

Os *settings* de cuidados onde decorreram as experiências vivenciadas pelas participantes foram, em grande parte, a sala de partos, o internamento de puerpério e os cuidados de saúde primários no âmbito da consulta de enfermagem de vigilância da gravidez e da consulta externa de ginecologia (tabela 4).

A maioria das participantes considera que os cuidados recebidos foram de encontro às suas necessidades: “...os enfermeiros foram TOP!” (P5); “sim, todas as enfermeiras foram impecáveis” (P7); “os enfermeiros responderam às minhas necessidades, às minhas dúvidas em relação às questões da gravidez” (P9). Também a mulher grávida surda a quem prestei cuidados no EC em contexto de BP, a Sra. T., considerou satisfeitas as suas necessidades.

Ao contrário do constatado pelos relatos das participantes, a evidência encontrada (revisão *scoping*) explica que as mulheres surdas ainda relatam um maior número de experiências de cuidados negativas do que positivas, resultante da implementação de

ferramentas e estratégias comunicacionais desadequadas. Penso que esta inconformidade de dados poderá espelhar já alguns *outcomes* fruto da implementação de políticas de inclusão dirigidas à pessoa surda e a preocupação crescente no desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde neste âmbito.

Apenas uma participante verbalizou que os cuidados que lhe foram prestados não foram de encontro às suas necessidades *“não... o pior foi a comunicação”* (P8), relacionando a sua insatisfação com o processo comunicacional que foi estabelecido com o/a enfermeiro/a. Este facto sustenta a premissa de A. A. Costa et al. (2018), em que a comunicação, instrumento básico em enfermagem, e a relação terapêutica são, por si só, uma forma de cuidar, uma vez a utilização de estratégias comunicacionais e relacionais adequadas é percecionado por estas mulheres como um fator preponderante para a satisfação das suas necessidades, face aos cuidados de saúde recebidos.

Tabela 4. Settings de cuidados e satisfação das necessidades das mulheres surdas

	N	%
Contexto de prestação de cuidados (n=9)		
Sala de partos	4	44%
Consulta externa ginecologia	1	11%
Puerpério	2	22%
Cuidados saúde primários (vigilância gravidez)	2	22%
Satisfação necessidades (n=9)		
Sim	8	88%
Não	1	11%

ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS ADOTADAS PELOS ENFERMEIROS

A comunicação verbal através do uso de anotações escritas é muito comum entre profissionais de saúde e os utentes surdos, facto também identificado na investigação realizada: *“utilizaram linguagem oral”* (P2); *“utilizaram a comunicação verbal e entregaram-me folhetos”* (P3); *“foi tão tudo rápido, mas correu tudo bem (...) falaram comigo”* (P5); *“Normal, oralmente...”* (P6).

No entanto, as palavras podem ser uma barreira à comunicação, caso estes indivíduos não saibam ler, com a consciência de que, normalmente, a língua gestual é a sua primeira língua, originando experiências de cuidados negativas (Miranda, Shubert & Machado, 2014). Na única experiência de cuidados negativa relatada, a participante refere a mobilização desta estratégia comunicacional, transparecendo o impacto negativo para a sua vivência *“foi utilizado a oralidade e foi o pior...”* (P8).

Na perspetiva das mulheres surdas, as formas de comunicação não-verbal mais utilizadas são a mímica, os gestos e a leitura labial. Consideram este último método mais

eficaz quando, em simultâneo, são utilizadas mensagens escritas curtas. Uma mulher mencionou o uso da expressão escrita através de “...papel ou computador...” (P9).

A leitura labial requer muita atenção para ser utilizada como principal forma de comunicação, uma vez que vários fonemas podem ser reproduzidos com movimentos labiais semelhantes. A mímica também é utilizada como forma de comunicação compensatória por profissionais que não dominam a língua gestual. Pela possibilidade de assumirem outros significados em língua gestual face à intenção da pessoa ouvinte, as pessoas surdas consideram que a comunicação pode tornar-se mais confusa (Miranda et al., 2014; Kitzinger et al., 2014; Gichane et al., 2017). No estudo realizado, as participantes mencionam o uso da leitura labial pelos profissionais de saúde com frequência, estratégia que resultou em experiências de cuidados positivas *“falar calmamente, devagar para eu ler os lábios da enfermeira”* (P1); *“...faço leitura labial”* (P6); *“...e por vezes leitura labial (se aceita tirar a máscara)”* (P9).

Relativamente ao uso de intérprete, este deve ser mobilizado de acordo com a preferência da mulher surda, respeitando os princípios éticos e deontológicos inerentes, principalmente no que concerne à privacidade e à tomada de decisão livre e informada. A este propósito, apenas uma mulher surda menciona o uso de intérprete, nomeadamente a pessoa significativa *“acompanhada com o meu companheiro a traduzir”* (P4).

De acordo com Gichane et al. (2017) e Reis et al. (2021), o uso de um intérprete pode ser considerado pouco ético, sendo que, se este for utilizado sem o consentimento da mulher surda, compromete a confidencialidade e vários princípios éticos, deontológicos e leis nacionais. Recorrer à pessoa significativa/famíliares deve ser bem ponderado, uma vez que algumas mulheres surdas referem sentir-se inibidas em relatar informações pessoais e esclarecer dúvidas na presença de familiares.

SUGESTÕES PARA A MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Na perspetiva das participantes, a aquisição de conhecimentos sobre LGP por parte dos/as enfermeiros/as, surge como a competência a desenvolver mais vezes sugerida: *“enfermeira com conhecimentos em LGP”* (P4); *“que tenham algum conhecimento dos gestos, da língua gestual”* (P5); *“...que saibam LGP”* (P6); *“era bom que soubessem no mínimo a língua gestual portuguesa”* (P7); *“Língua Gestual Portuguesa para ter acesso à comunicação”* (P8); *“aprender a Língua Gestual Portuguesa (com os gestos básicos)...procurar as alternativas para comunicar com surdos (mímica, apontar as coisas, escrita)”* (P9).

A Sra. T, mulher grávida a quem prestei cuidados em EC, mencionou a importância dos profissionais de saúde deterem conhecimentos básicos de LGP, pois pode facilitar a compreensão rápida de alguma situação onde a expressão escrita e a leitura labial não permitam uma adequada clarificação (p.e identificação célere do comprometimento do bem-estar materno-fetal).

As participantes dos estudos de Gichane et al. (2017), A. A. Costa et al. (2018) e Reis et al. (2021) identificam como principal barreira à comunicação eficaz com a equipa de enfermagem, a falta de preparação destes profissionais quanto ao uso da língua gestual, enaltecendo a necessidade do desenvolvimento destas competências.

A personalização da escolha das estratégias comunicacionais, também surge como aspeto fundamental para a melhoria da prestação de cuidados. Uma das participantes relata que preferia que lhe “...*falasses mais calmamente, com a cara virada para olharem para a boca da enfermeira a ler leitura labial*” (P1). Tal é também sugerido nos estudos de Gichane et al. (2017), A. A. Costa et al. (2018) e Reis et al. (2021).

Assim, é possível concluir que os/as enfermeiros/as não devem assumir que todas as pessoas surdas utilizam as mesmas estratégias comunicacionais e que as utilizam de igual forma. Por este motivo, estes deverão, numa fase inicial da prestação de cuidados, conhecer as preferências comunicacionais de cada indivíduo, atuando em conformidade.

Tendo em conta o supramencionado, quando prestei cuidados à Sra. T. no contexto de BP, procurei conhecer as suas preferências face à escolha de estratégias comunicacionais, delineando, com esta desde início, os métodos a utilizar, tendo em conta os recursos disponíveis naquela unidade de saúde. Estabelecer à *priori* esta articulação com a mulher surda revelou-se de extrema importância, uma vez que promoveu o seu bem-estar na vivência do TP e parto e consolidou a sua confiança na minha intervenção. Este aspeto é sublinhado no referencial teórico de Swanson, quando esta refere que o enfermeiro/a deverá *conhecer* a pessoa alvo dos seus cuidados, em especial as suas especificidades comunicacionais e relacionais, preferências, recursos de apoio e crenças (Swanson, 1991).

A sugestão de ações promotoras da melhoria da prestação de cuidados, na ótica das mulheres surdas, também incidem no comportamento dos enfermeiros. No estudo de Luton et al. (2021), é referido que que muitos/as enfermeiros/as não adequam o tempo necessário e adequado de prestação de cuidados à pessoa surda, principalmente em consultas de vigilância da gravidez, durante a vigilância do TP e no apoio prestado no puerpério (em unidades hospitalares). Também a validação da informação é um aspeto fundamental referido por uma mulher no estudo realizado: “*perguntarem se havia mais dúvidas e os cuidados a ter no pós-parto...*” (P3). Este aspeto é de extrema importância pela desvantagem educacional pré-existente, uma vez que estas mulheres necessitam de reforço do treino de competências e validação de conhecimentos, em comparação com a comunidade ouvinte (quer pelo aumento da frequência destes momentos e da sua durabilidade, quer na adoção de várias estratégias de transmissão e validação de informação). Alguns exemplos avançados por Luton e seus colaboradores são a demonstração, a repetição de ações, e a escrita (Luton et al., 2021).

As mulheres surdas também sugerem que os/as enfermeiros/as devem melhorar a sua atitude. No estudo de Gichane et al. (2017), 15% das participantes que revelaram experiências

muito negativas com os profissionais de saúde, apontaram a indelicadeza, superioridade e menosprezo, como atitudes dos/as profissionais que desencadearam alguns desentendimentos, contaminando a relação terapêutica estabelecida. Durante o TP e parto, apenas 19% descreveram atitudes e comportamentos positivos da equipa, como a disponibilidade, a simpatia, o “mostrar-se prestável” e a serenidade. Cerca de 16% relembrou experiências negativas, incluindo enfermeiros rudes e pouco empáticos, bem como longos períodos de espera com dor. Tal vai ao encontro do referido também por algumas participantes deste estudo: “...foram prestáveis...mas sei que há enfermeiras que não têm a noção de lidar com pessoas surdas, deviam ser mais pacientes” (P1); ou “...não se assustarem quando tentam comunicar com surdos...” (P9).

3.5.2 Experiências de cuidar dos EEESMO com mulheres surdas nos vários settings onde decorreu o estágio com relatório

Ao longo das várias sessões de divulgação da temática nos contextos de EC, pude constatar que ainda existem EEESMO que nunca prestaram cuidados à pessoa surda, não possuindo experiências de cuidados, sendo aqueles que, aparentemente, detêm menos conhecimentos sobre este tema. Segundo Hubbard et al. (2018), os profissionais de saúde, incluindo os/as enfermeiros/as, de forma geral, tendem a apresentar pouca consciência e sensibilidade cultural sobre a surdez e consequentes implicações para a pessoa/família, principalmente quando não possuem experiências de cuidados.

Também Luton et al. (2021) corroboram esta premissa, acrescentado que o desconhecimento e a pouca sensibilidade dos/as enfermeiros/as face à pessoa surda, agrava os problemas de comunicação já vivenciados e promove o medo e a desconfiança, inibindo estas pessoas de recorrer aos serviços de saúde.

Os resultados da revisão *scoping*, apontam para experiências de cuidados dos/as enfermeiro/as, que se traduzem em sentimentos e pensamentos que decorrem do seu desempenho junto destas mulheres, predominando sentimentos negativos, associados à falta de conhecimentos e competências, os quais limitam a sua performance, enquanto agentes prestadores de cuidados junto das pessoas surdas (Velonaki et al., 2015).

O estudo de Miranda et al. (2014) explica este facto, afirmando que, por norma, os profissionais de saúde vivenciam sentimentos de frustração, angústia, impotência e impaciência ao interagir com a pessoa surda, resultantes da sua incapacidade em manter uma comunicação efetiva através da língua gestual. A insegurança também pode resultar, para além do desconhecimento sobre LGP, da ausência de conhecimentos teóricos e práticos sobre outras estratégias comunicacionais para a transmissão e validação de informação, pela sua inexperiência no cuidar desta comunidade e pelas lacunas na sua formação (Miranda et al., 2014; Velonaki et al., 2015).

Da discussão partilhada durante as sessões de divulgação da temática deste projeto realizada nos vários contextos de EC, os EEESMO descreveram as suas experiências de cuidados junto de mulheres surdas e partilharam sentimentos como compaixão, inquietação, frustração, medo, vergonha e preocupação e refletiram criticamente em experiências de cuidados com estas mulheres, traduzidas em crescimento pessoal, aprendizagem, a qual exige frequentemente um trabalho de equipa, ou, por outro lado, evidenciando desconhecimento e sentimentos de incompetência.

Através destes momentos de partilha e discussão, parece-me possível afirmar que, não obstante alguns sentimentos negativos, os EEESMO reconhecem a importância do desenvolvimento de competências para cuidar desta população, valorizando o caminho do crescimento pessoal e coletivo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados às mulheres surdas.

No que concerne à minha experiência em EC, senti entusiasmo quando percebi que iria ficar responsável pela prestação de cuidados à Sra. T (mulher surda), com a supervisão do meu orientador clínico. Encarei positivamente este facto, considerando-o uma oportunidade de prestar cuidados, com base na melhor evidência, nomeadamente, nos resultados obtidos na revisão *scoping*. Quando, ao longo da interação, identifiquei a existência de barreiras comunicacionais e relacionais, senti-me insegura e ansiosa, duvidando das minhas próprias capacidades, receando não ser suficientemente competente na prestação de cuidados especializados inclusivos. Tal vai assim ao encontro do referido na literatura consultada.

De forma geral, os EEESMO participantes nas sessões de discussão sobre o tema demonstraram-se igualmente pouco confortáveis face à possibilidade de prestarem cuidados a mulheres surdas, tal como os/as enfermeiros/as participantes no estudo de Machado et al. (2013). Já no estudo de Velonaki e seus colaboradores (2015), metade dos inquiridos consideraram estar muito capacitados ou suficientemente capacitados para cuidar de pessoas surdas.

Os sentimentos e pensamentos negativos parecem impedir que os profissionais de saúde, nomeadamente os/as enfermeiros/as, estejam emocionalmente disponíveis junto das mulheres surdas e atuem de forma reflexiva e responsável, tal como preconizado por *Kristen Swanson* no processo “*estar com*”. Assim, de certa forma, encontra-se comprometida a capacidade destes profissionais em elaborar planos de cuidados efetivamente individualizados e personalizados, centrados nas pessoas surdas numa perspetiva de parceria de cuidados, o que pode comprometer também o processo “*fazer por*” (Swanson, 1991).

3.5.3 As dificuldades dos EEESMO na prestação de cuidados às mulheres surdas

Embora a prestação de cuidados à pessoa surda seja esporádica, parece transversal a existência de dificuldades na prestação de cuidados às mulheres surdas quando confrontados os resultados da investigação realizada sobre as percepções das mulheres surdas e os achados da revisão *scoping*. Tal foi também percecionado nos momentos de partilha de experiências com os EEESMO, nas várias sessões de divulgação sobre o tema nos contextos de EC.

Escolha de estratégias comunicacionais

A comunicação com a pessoa surda é dificultada pela sua ausência de conhecimentos sobre LGP (Miranda et al., 2014; Hubbard et al., 2018; Luton et al., 2021), facto corroborado pelas percepções das mulheres surdas no estudo que realizei. Tal foi também reconhecido pelos EEESMO que participaram nos momentos de discussão sobre o tema em EC. No estudo de Velonaki et al. (2015), apenas 2.3% dos participantes tinham curso de língua gestual e 5.8% tinham cursos adequados à prestação de cuidados a pessoas de outros grupos vulneráveis.

A escolha de estratégias comunicacionais individualizadas também parece ser uma dificuldade frequente dos profissionais de saúde, resultante da falta de aptidões em conhecer as características e preferências de cada indivíduo surdo e conhecimentos escassos sobre a variedade de ferramentas e estratégias disponíveis, incluindo recursos tecnológicos e informáticos (Machado et al., 2013; Velonaki et al., 2015; A. A. Costa et al., 2018).

Na minha vivência em contexto de EC, a mobilização de estratégias e recursos promotores de uma comunicação eficaz e relação terapêutica junto da Sra. T. tornou-se desafiante, quando esta se encontrava com dor ou desconforto, uma vez que tinha tendência a fechar os olhos, limitando assim a utilização da leitura labial. Também percecionei dificuldades na mobilização e escolha de um intérprete pelos EEESMO, atribuível ao desconhecimento dos protocolos inerentes, no local onde exercem a sua atividade profissional. O estudo de Machado et al. (2013) debruça-se sobre este facto, identificando o mesmo fenómeno.

Sensibilidade cultural

Os achados da evidência científica quanto à consciencialização e conhecimento dos profissionais de saúde sobre a comunidade surda (suas especificidades, dificuldades e direitos), parece condicionar negativamente a *performance* destes profissionais, ao impedir uma prestação de cuidados inclusiva. Este fenómeno é designado por sensibilidade cultural (Leininger, 1991).

Tal, foi também percecionado no contacto estabelecido com os/as EEESMO em EC, nomeadamente aquando da partilha de experiência sobre o tema, já que muitos revelaram

desconhecer os direitos das pessoas surdas, as implicações da surdez para os indivíduos/famílias e as dificuldades vividas pela comunidade surda.

Tendo em conta o supracitado, pode encontrar-se comprometido o processo “*possibilitar*” referido por Kristen Swanson, uma vez que pode incapacitar o/a enfermeiro/a de informar, treinar, validar, apoiar, encorajar, orientar, esclarecer e incentivar a pessoa surda, comprometendo o eu bem-estar e a preservação do seu direito de escolha, tomada de decisão informada, autonomia e expressão dos seus direitos sexuais e reprodutivos (Swanson, 1991).

Interação com a mulher surda

Constatei a inexistência de estudos sobre possíveis dificuldades na obtenção do consentimento informado, validação de informação transmitida e comunicação nas situações de urgência/emergência junto das mulheres surdas, aspetos que foram também apontados pelos EEESMO em EC, nomeadamente nas sessões de divulgação do tema.

Relativamente à minha experiência de cuidados em estágio, de forma a obter e validar o consentimento da Sra. T., recorri à expressão escrita, explicando a necessidade de realizar determinados procedimentos, pedindo a sua autorização. Depois da Sra. T. proceder à sua leitura, questionava também a sua autorização oralmente, para que esta procedesse à leitura labial. Penso que esta estratégia, onde duplamente procurava o consentimento da Sra. T., promovia o seu *empowerment* e consolidava a relação terapêutica estabelecida. A cliente dava o seu consentimento através da escrita (papel/telemóvel) e/ou através do gesto em LGP de *sim* ou *ok* (incluindo para esclarecer alguma dúvida).

Atitudes e comportamentos do EEESMO

Posturas incorretas como a negligência e a utilização de linguagem verbal desadequada e insultuosa, atrasa ou dissuade as mulheres surdas na procura de cuidados pré-natais e acompanhamento adequado durante o TP, gerando *outcomes* materno-fetais negativos (Gichane et al., 2017). Contudo, é possível constatar a escassa evidência científica que aborde diretamente esta problemática, talvez pela sensibilidade e complexidade do tema.

Torna-se evidente a necessidade de identificar estas questões, procurando melhorá-las, tendo em conta as conclusões do estudo de Gichane et al. (2017). Neste, apenas um terço das mulheres surdas participantes experienciou amabilidade, disponibilidade e ajuda dos profissionais de saúde e 15% revelaram experiências muito negativas, tais como: indelicadeza, superioridade, menosprezo e desentendimentos. Também em contexto de EC e, particularmente, nas sessões de divulgação do tema em estágio, os EEESMO identificaram dificuldades na gestão de sentimentos e pensamentos negativos e no reconhecimento das suas limitações na prestação de cuidados às mulheres surdas, reconhecendo o impacto negativo deste facto. De acordo com Swanson, tal pode prejudicar a capacidade do/a enfermeiro/a em manter a autoestima, esperança no futuro e otimismo realista da mulher surda, comprometendo o processo de “*manter as crenças*” (Swanson, 1991).

3.5.4 Estratégias facilitadoras do cuidar das mulheres surdas pelo EEESMO

Ao confrontar os dados obtidos na investigação sobre as percepções das mulheres surdas com a evidência científica encontrada na revisão *scoping*, pude constatar grande consenso no que concerne à sugestão de estratégias facilitadoras do cuidar. Os resultados da partilha e discussão sobre esta temática nas sessões de divulgação aos EEESMO, nos vários *settings* onde decorreu o estágio, foi também no mesmo sentido.

É concordante a importância do desenvolvimento de **competências dos profissionais de saúde no âmbito da LGP**. A evidência científica que resultou da revisão *scoping*, identifica esta medida como a principal estratégia promotora do cuidar da mulher surda, no âmbito de uma comunicação e relação terapêutica eficazes.

Neste sentido, frequentei um curso básico de LGP de 30h (Anexo II) na APS que contribuiu para a minha sensibilidade cultural e desenvolvimento de competências comunicacionais/relacionais junto da pessoa surda, permitindo-me transmitir estes conhecimentos nos vários contextos onde realizei EC. Esta aquisição de competências revelou-se extremamente importante na prática clínica, aquando da prestação de cuidados à Sra. T em contexto de BP. Esta considerou os meus conhecimentos básicos em LGP facilitadores da comunicação (designadamente, em momentos onde esta não conseguia recorrer às restantes estratégias comunicacionais pela existência de dor e/ou desconforto).

Os profissionais devem conhecer e integrar os avanços da tecnologia na sua prática clínica junto da mulher surda, através de **dispositivos eletrónicos transmissores de vídeo em tempo real**. Tal foi também a opinião de alguns EEESMO. Deve atender-se ao facto destas mulheres poderem ter dificuldades em visualizar o ecrã em determinados momentos, tais como no posicionamento aquando da técnica de analgesia de TP e no segundo estadio do TP, quer pela posição que adotam no período expulsivo, quer pela presença de dor/desconforto (Hubbard et al., 2018).

No que concerne à capacitação parental e promoção da confiança dos pais na prestação de cuidados ao RN, é aconselhado o **uso de aparelhos que alertam quando detetam sons**, como o choro do bebé, transmitindo uma vibração ou luz intermitente para um dispositivo que os pais carregam ou mantêm próximo e o **uso de intercomunicadores**. Sugere-se que estes aparelhos sejam utilizados nas unidades hospitalares e recomenda-se a **colocação do símbolo universal de surdez na porta do quarto** da mulher/casal para que toda a equipa multidisciplinar identifique a presença dos mesmos naquela unidade, estando mais atentos à solicitação de ajuda por parte dos mesmos, através de, por exemplo, o toque da campainha (Kritzing et al., 2014; Hubbard et al., 2018; Costa et al., 2018).

O estudo de Hubbard e seus colaboradores (2018) aconselha a **mobilização de um intérprete** desde o período pré-concepcional, nomeando-se dois ou três (garantindo a existência de algum sempre disponível), tendo sempre em conta as questões éticas,

deontológicas e legais já explanadas. Este profissional deverá acompanhar a mulher em todas as consultas de vigilância da gravidez, exames e durante a vigilância do TP, parto e pós-parto. Esta presença continuada permitirá iniciar uma parceria entre o intérprete, equipa multidisciplinar e mulher surda/família, de forma a otimizar todas as diligências necessárias, em tempo útil, para dar resposta às necessidades específicas daquela mulher (incluindo as comunicacionais).

Atendendo à discussão levantada pelos EEESMO nas sessões de divulgação sobre o tema em estágio, é possível concluir que a realidade supracitada está longe de ser uma prática diária. Numa intervenção primária neste âmbito, será importante capacitar os profissionais de saúde sobre o **mecanismo de atuação para a mobilização do intérprete** de referência da unidade de saúde e possíveis alternativas.

Quando a comunicação junto da mulher surda ocorre com o auxílio de um intérprete é fundamental que o/a enfermeiro/a continue a dirigir-se diretamente à mulher, adotando **cuidados com a sua linguagem não verbal (face, postura) e verbal (não falar na segunda pessoa)**. Quando a mulher surda chega a uma unidade de saúde sem intérprete, deverá ser-lhe questionado a preferência sobre a presença do mesmo. Em caso afirmativo, deverá proceder-se à sua requisição. Se este não chegar em tempo útil, poderá sugerir-se a realização de uma videochamada junto de um profissional/pessoa habilitada (Hubbard et al., 2018; A. A. Costa et al., 2018).

A promoção da **competência cultural dos profissionais de saúde** irá promover a sensibilidade dos mesmos face à realidade e dificuldades experienciadas pela comunidade surda, consciencializando-os para a necessidade de adequar as estratégias comunicacionais de acordo com as necessidades e características de cada pessoa. Este facto foi reconhecido pela Sra. T. no EC em contexto de BP, verbalizando que nem todos os profissionais de saúde daquele local tinham em conta a sua surdez na prestação de cuidados, agindo como se esta fosse ouvinte.

Ainda neste EC, consciencializei-me da importância dos **cuidados antecipatórios** junto das mulheres surdas em qualquer contexto de prestação de cuidados. Tal como sugerido por Reis et al. (2021), o/a enfermeiro/a deve estar disponível para explicar à mulher surda o que esperar no decorrer do seu internamento; deve conhecer com antecedência as preferências e escolhas desta mulher, de forma a mobilizar estratégias promotoras da satisfação das suas necessidades; deve esclarecer dúvidas e desmistificar medos/receios, diminuindo a ansiedade das mulheres surdas; deve **combinar sinais e/ou toques simples, com significados a acordar** com estas.

Como mencionado pelos EEESMO nas sessões de divulgação sobre o tema em estágio e na evidência científica encontrada, a aquisição de competências durante a formação académica é deficiente e os serviços de saúde não promovem formação em contexto de trabalho para o **desenvolvimento e treino de habilidades**. É consensual a necessidade de

instituir **formação de caráter obrigatório** sobre a prestação de cuidados inclusivos à mulher surda, incluindo sobre LGP, iniciando o este percurso de aprendizagem em contexto académico, nomeadamente nos cursos de licenciatura em enfermagem.

Os EEESMO que participaram nas sessões de divulgação sobre o tema, apontaram como estratégia facilitadora do cuidar da mulher surda, a implementação de medidas institucionais, como a criação de grupos de trabalho de referência (facilitando a continuidade dos cuidados). Assim, e apesar deste aspeto não constar nos resultados da revisão *scoping*, parece pertinente a elaboração de **protocolos e/ou projetos que apoiem os profissionais no terreno** na prestação de cuidados de qualidade à população surda e que as orientem no sentido de melhorar o seu **acesso aos cuidados de saúde**, bem como na **mobilização de apoios sociais**.

3.6 Considerações éticas

Ao longo dos vários contextos de EC, atendi aos princípios éticos e deontológicos norteadores do cuidar em saúde, tais como o princípio da autonomia, da não maleficência, da beneficência e da justiça/equidade. Atuei em conformidade com as normas e legislação orientadoras da prática e respeitei as preferências e tomadas de decisão das mulheres/casais/famílias a quem prestei cuidados. Desenvolvi ações protetoras da dignidade e dos valores humanos, especialmente no cuidar de grupos de maior vulnerabilidade, com grande enfoque na pessoa surda, atendendo ao Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019).

O tema deste relatório levanta algumas questões éticas pertinentes e que devem ser tidas em conta na prática de enfermagem, uma vez que a mulher surda (mais vulnerável, em função da sua condição) está exposta a um maior número de barreiras comparativamente a mulheres ouvintes. Indeadamente pode ser considerada incapacitada e ser discriminada, alvo de preconceitos com desvalorização das suas reais capacidades e sério compromisso da sua autodeterminação, dignidade, livre-arbítrio e autonomia (A. A. Costa et al., 2018).

Pode ser questionada a sua sexualidade, a sua capacidade cognitiva, a sua independência, a sua capacidade em comunicar e relacionar-se socialmente, de contestar o que a rodeia, de pensar e de viver dentro dos requisitos impostos pela sociedade onde se insere (E. M. Santos & Shiratori, 2004). Assim sendo, é possível constatar que na teoria, a promoção da liberdade e autonomia destas mulheres é pensada, porém, na vida real, ainda estamos no início de um longo caminho de mudança de mentalidades, paradigmas e tabus face à salvaguarda dos direitos destas mulheres (Ribeiro, 2017).

A obtenção do consentimento informado junto das mulheres surdas e a sua validação pode tornar-se um desafio para prática clínica em enfermagem, estando dependente do grau do déficit auditivo das mulheres e das competências do EEESMO na prestação de cuidados

às mesmas. Os contributos do presente relatório no que diz respeito à sugestão de estratégias comunicacionais, promotoras da melhoria dos cuidados, permite ao EEESMO implementar intervenções especializadas que respeitem o direito à autodeterminação da mulher surda, desenvolvendo em parceria os cuidados de enfermagem, atendendo com responsabilidade a todos os pedidos de informação ou explicação requeridas pela mesma.

No que concerne à implementação do estudo realizado, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e obtida a sua aprovação no dia 22 de abril de 2022, através do processo Nº 1051/2022/CE (Anexo III). Dadas as experiências partilhadas pelos EEESMO em EC nas sessões de divulgação sobre o tema, solicitei o seu consentimento informado por escrito (Apêndice X).

3.7 Limitações ao processo de aprendizagem e à investigação

Considero que o contexto pandémico ainda presente aquando da minha frequência nos vários contextos de EC, dificultou a existência de situações de cuidados pertinentes para o meu desenvolvimento de competências. Contudo, em parceria com os orientadores clínicos e com a docente orientadora, encontrámos alternativas que minimizaram este facto.

Penso que no EC em contexto de BP, teria sido benéfico para o meu desenvolvimento de competências, ter experienciado outra realidade, numa outra unidade hospitalar, pela diversidade de filosofias norteadoras do cuidar e recursos materiais e humanos disponíveis, procurando enriquecer os meus conhecimentos teóricos e práticos no que está relacionado com a competência *Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP*, do Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2010). Pelas condicionantes impostas pela pandemia e pelo desgaste físico, emocional e psicológico presente no final deste EC, optei por não vivenciar esta experiência.

Durante a construção e implementação do estudo, teria sido facilitador o apoio e orientação de uma instituição especializada e reconhecida no apoio à comunidade surda. Apesar das várias tentativas de colaboração junto da APS, este não foi obtido.

Sobre a colheita de dados junto das mulheres surdas, teria sido mais pertinente a realização de entrevistas, com recurso a um intérprete. Penso que a informação obtida sobre as perceções das mulheres surdas seria mais completa, facilitando a recolha de mais dados, pelo que deixo esta sugestão para estudos futuros que se centrem nesta temática.

CAPÍTULO IV. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

De forma a contribuir para o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade das competências comuns do enfermeiro especialista, onde o EEESMO deve desenvolver práticas de qualidade, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua, combatendo a negligência e promovendo a satisfação das necessidades da mulher/família e para o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, onde a *praxis* clínica especializada deve basear-se em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019), ao longo dos vários *settings* de estágio, desenvolvi ferramentas promotoras da melhoria da prestação de cuidados à mulher surda:

- **Guia orientador para a prática de enfermagem no cuidar da mulher surda no âmbito da Consulta Externa de Ginecologia** (Apêndice XI) – baseado na importância da comunicação clara e eficaz junto da mulher surda, com grande enfoque no esclarecimento de dúvidas e validação da informação transmitida, como estratégias promotoras da adesão e continuidade do acompanhamento e vigilância da sua saúde sexual e ginecológica.
- **Folheto sobre o acolhimento da mulher surda no bloco de partos** (Apêndice XII), entregue na primeira consulta de enfermagem ou no momento de admissão no serviço. A mulher surda identifica o acolhimento como um aspeto fundamental do cuidar dos profissionais de saúde, porém, muitas das vezes é desvalorizado.
- **Guias de consulta rápida sobre o cuidar da mulher surda no serviço de BP e no internamento de Obstetrícia/Ginecologia** - instrumento orientador, para consulta sempre que necessário na prestação de cuidados a mulheres surdas/famílias, garantindo a excelência do cuidar.
- **Quadro síntese sobre as estratégias facilitadoras do cuidar da mulher surda pelo EEESMO**, agrupadas de acordo com os 5 processos básicos do cuidar em enfermagem, segundo *Kristen Swanson* (Apêndice XIII).

Para um melhor entendimento sobre as eventuais dificuldades à prestação de cuidados e o desenvolvimento de estratégias facilitadoras do cuidar, considero que será mais enriquecedor, em futuros estudos, a recolha de dados sobre as perceções das mulheres surdas e dos EEESMO envolvidos, após o momento de prestação de cuidados, cruzando as perceções dos intervenientes. Dada a escassa evidência científica sobre o tema, é importante continuar a produzir conhecimento sobre o mesmo, fornecendo maior suporte ao cuidar do/a enfermeiro/a, principalmente EEESMO, junto da comunidade surda.

Penso que seria importante construir e implementar um modelo de desenvolvimento de competências dos/as enfermeiros/as de cuidados gerais e especialistas no cuidar da pessoa surda, a implementar nas instituições de saúde (em contexto hospitalar e na comunidade), o qual fosse promotor do treino de competências e da atualização de saberes teóricos e práticos neste âmbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do presente relatório foi fundamental para consolidar o meu percurso de aprendizagem durante todo o curso, uma vez que permitiu refletir acerca do meu desenvolvimento de competências, principalmente nos vários *settings* onde decorreu o estágio com relatório, tendo em conta a prática do enfermeiro especialista e a aquisição de competências para a obtenção do grau de mestre.

Tive a oportunidade de prestar cuidados especializados e individualizados, suportados na melhor evidência científica e numa prática reflexiva e raciocínio crítico, em cooperação com a minha docente orientadora e com os vários orientadores clínicos, dando resposta ao objetivo geral que me propus atingir.

Ao longo deste caminho fui-me deparando com algumas dificuldades, consequência da exigência da articulação da minha atividade profissional com o meu percurso académico. Contudo, com persistência e resiliência, procurei ultrapassar esta fase menos positiva e dar resposta aos compromissos em falta.

Fui muito rigorosa no que respeita à salvaguarda dos princípios éticos, bem como no cumprimento do código deontológico da profissão. Procurei prestar cuidados centrados na mulher/RN/família, com base na Teoria do Cuidar de Kristen Swanson, onde possibilitei todas as condições para que os clientes, alvo dos meus cuidados, fossem parte ativa no seu processo de cuidados.

Ao longo do desenvolvimento do projeto, que culminou na realização deste trabalho, constatei que apesar de existir alguma evidência científica que aborde as dificuldades das pessoas surdas no acesso aos cuidados de saúde e as suas perceções face aos cuidados recebidos (em especial das mulheres no âmbito da saúde materna e obstetrícia), é escassa a evidência que proponha estratégias facilitadoras do cuidar destas mulheres, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Também é escassa a investigação que se debruce sobre as perceções dos/as enfermeiros/as face ao seu desempenho neste âmbito.

Tendo em conta a responsabilidade acrescida do EEESMO, torna-se evidente a necessidade do seu contributo na sua área de intervenção especializada. Assim sendo, considero que, com este relatório de estágio, abri caminho neste sentido, produzindo conhecimento em enfermagem sobre o cuidar da mulher surda.

Os resultados obtidos com a investigação realizada permitiram conhecer as perceções das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo, contributo que se revelou fundamental para identificar as dificuldades no processo de cuidados e delinear estratégias facilitadoras do cuidar, possíveis de serem implementadas em qualquer unidade de saúde, realistas e tangíveis a todos os profissionais de saúde, em especial os EEESMO.

Conhecer as experiências de cuidar dos EEESMO com mulheres surdas, nos vários *settings* onde decorreu o estágio com relatório, permitiu retirar algumas elações que

propiciaram a confirmação de alguns achados da evidencia científica e também foram ao encontro das conclusões obtidas no estudo realizado com as mulheres surdas. Nas sessões de divulgação do tema, junto de profissionais, nos vários contextos de estágio, integrei os conhecimentos da revisão *scoping*, contribuindo para uma prática baseada na evidência. Estes momentos resultaram em discussão e partilha profícuas de experiências, tendo-me apercebido das suas dificuldades e preocupações.

Também a minha experiência de cuidados junto de uma mulher surda, em contexto de BP, contribuiu para aumentar o meu saber experiencial, relacionando esta vivência com os achados da evidência científica e os resultados obtidos no estudo.

Assim, é possível concluir que todo este percurso me permitiu alcançar, com sucesso, os objetivos específicos que delineei para este trabalho.

Considero estar preparada para prestar cuidados especializados a mulheres/RN/famílias, nos vários contextos de intervenção do EEESMO e desenvolver/participar em projetos promotores do desenvolvimento e treino de competências de equipas multidisciplinares neste âmbito, contribuindo para experiências de cuidados mais positivas para todos os intervenientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetrics and Gynecologists (2009). *Induction of labor*. ACOG <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/08/induction-of-labor>
- American College of Obstetrics and Gynecologists (2013). *Nonmedically indicated early-term deliveries, Committee Opinion nº561*. ACOG <http://www.acog.org/~media/Committee%20Opinions/Committee%20on%20Obstetric%20Practice/co561.pdf?dmc=1&ts=20130322T1720044363>
- Associação portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (2017). *10 cm*. APDMGP <https://associacaogravidezparto.pt/10-cm/>
- Aromataris, E. & Munn, Z. (Editors) (2020). *JBÍ Manual for Evidence Synthesis*. JBI <https://synthesismanual.jbi.global>
- Associação dos Surdos do Porto (2003). *Informações básicas sobre a surdez*. ASP <http://www.asurdosporto.org.pt/artigo.asp?idartigo=243>
- Bernardino, A., Machado, C., Alves, E., Rebouço, H., Pedro, R. & Gaspar, P. (2009). Os enfermeiros enquanto agentes de educação para a saúde: validação da escala de práticas e comportamentos de educação para a saúde. <http://hdl.handle.net/10400.8/113>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Almedina.
- Broega, A., Mazzotti, K. & Gomes, L. (2012). *A exploração da criatividade, através do uso da técnica de brainstorming adaptada ao processo de criação em moda*. Universidade do Minho.
- Cardoso, A. & Néné, M. (2016). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (481-485). Lidel.
- Cardoso, V., Mineiro, A. L., Carracha, S., Varela, V., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Sequeira, A. & Santos, M. E. (2020). Posicionamentos e mobilidade da grávida. In A. Sequeira, O. Pousa e C. Amaral (Coords). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia* (92-100). Lidel.
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: saúde, práticas e necessidades de formação*. Lusociência.
- Costa, A. A., Vogt, S. E., Ruas, E.F. G., Holzmann, A. P. F. & Silva, P. L. N. (2018). Welcome and listen to the silence: nursing care from the perspective of deaf woman during pregnancy, childbirth and postpartum. *Revista Cuidado é Fundamental Online*. 10 (1), 123-129.

- Costa, P., Garcia, A. & Toledo, V. (2016). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto & Contexto Enfermagem*. 25 (1), 1-7.
- Conselho de Enfermagem (2009). *Parecer n.º 141/2009. Execução de citologia cervical*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20141_02%2006%202009_execu%c3%a7%c3%a3o%20de%20citologia%20eesmo_VFinal.pdf
- Constituição da República Portuguesa – VII Revisão constitucional. (2005). <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>
- Cowan, E., Heale, R., Horrigan, J. & Koren, I. (2017). Hydrotherapy as a Nursing Intervention for Labour Pain. *Diversity of Research in Health Journal*. 1 (1), 121-132.
- Crespo, S., Rodrigues, R., Vicente, C., Amendoeira, J., & Céu, M. (2014). Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural: análise segundo o método sintético de McEwen e Wills. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 2, 1-20.
- Decreto-Lei n.º 126-A/2017 do Ministério do Trabalho, solidariedade e segurança social. (2017). Diário da República: I série, n.º 193/2017. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/126-a/2017/10/06/p/dre/pt/html>
- Direção Geral da Saúde (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. DGS.
- Direção Geral da Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância – manual de orientação para profissionais de saúde*. DGS.
- Direção Geral da Saúde (2007). *Circular normativa – Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano*. DGS. https://www.spdc.pt/files/legix/11244_3.pdf
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar*. DGS. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção Geral da Saúde (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015b). *Norma nº 001/2015 - Registo de indicações de cesariana*. DGS. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
- Direção Geral da Saúde (2017). *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/convencao-das-nacoes-unidas-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia.aspx>

- Direção Geral da Saúde (2018). *Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021 – Portugal*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2019). *Manual de boas práticas – Literacia em Saúde. Capacitação dos profissionais de saúde*. DGS.
- Resolução da Assembleia da República n.º 57/2009. (2009). Diário da República: I série, nº146/09. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-assembleia-republica/57-2009-493184>
- European Union Agency for Fundamental Rights (2009). *Título III – Igualdade: Artigo 21º - Não discriminação*. EUA FR. <https://fra.europa.eu/pt/eu-charter/article/21-nao-discriminacao>
- Fernandes, I. (2003). A diversidade da condição humana e a deficiência do conhecimento: no convívio com as diferenças e as singularidades individuais. *Revista Virtual Textos & Contextos*. 2 (2), 1-11.
- Ferreira, S. S. C. H. (2016). Métodos não farmacológicos de alívio da dor. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (416-424). Lidel.
- Fonseca, M. L. (2009). Imigração, diversidade e novas paisagens étnicas e culturais. *Povos e Culturas*. 13, 519-561.
- Fonseca, S. (2016). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (353-355). Lidel.
- Frada, M. C. (2010). *A equidade (ou a “justiça com coração”) - a propósito da decisão arbitral segundo a equidade*. <https://www.oa.pt/upl/%7Ba83fee07-fbee-44a1-86d7-bef33f38eb86%7D.pdf>
- Freitas, C. M. S. (2017). *A humanização dos cuidados como caminho para a excelência da prática de enfermagem* [Relatório Final de Estágio para obtenção do título de mestre, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/22918>
- Garmston, R., Lipton, L., & Kaiser, K. (2002). A Psicologia da Supervisão. In J. Oliveira-Formosinho (Coords). *A Supervisão na Formação de Professores II – Da organização à pessoa* (18-132). Porto Editora.
- Gichane, M. W., Heap, M, Fontes, M. & London, L. (2017). “They must understand we are people”: Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disability and Health Journal*. 10, 434-439.
- Gonçalves, S. P. & Gonçalves, J. P. (2021). Introdução. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves & C. G. Marques (Coords). *Manual de Investigação Qualitativa* (13-15). Lidel.

- Graça, L. C. C. (2010). *Contributos da intervenção de enfermagem na promoção da transição para a maternidade e do aleitamento materno - um estudo quasi-experimental* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de doutor, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/3710>
- Graça, L. M. (2017). Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In L. M. Graça (Coords). *Medicina Materno-fetal* (382-388). Lidel.
- Graça, L. M. & Carvalho, R. M. (2017). Avaliação biofísica do feto. In L. M. Graça (Coords). *Medicina Materno-fetal* (167-178). Lidel.
- Guerra, A. (2016). Analgesia e Anestesia em Obstetrícia. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (425-431). Lidel.
- Henriques, A. (2017). Episiotomia e lacerações perineais. In L. M. Graça (Coords). *Medicina Materno-fetal* (580-589). Lidel.
- Hubbard, L. J., D'Andrea, E. & Carman, L. A. (2018). Promoting Best Practice for Perinatal Care of Deaf Women. *Nursing for Women's Health*. 22 (2), 126-136.
- International Confederation of Midwives (2019). *Essential Competencies for Midwifery Practice*. ICM. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021 – Resultados definitivos*. INE.
- Instituto Nacional para a Reabilitação (2021). *Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025*. INR. <https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.pdf>
- Jackson, M. (2011). Maternity focus: deafness, antenatal care and access. *British Journal of Healthcare Assistants*. 5 (6), 339-341.
- Khorasani, E. C., Peyman, N. & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the healthcare centers of Mashhad. *Journal of Midwifery Reproductive Health*. 6 (1), 1157-1162.
- Kritzinger, J., Schneider, M., Swartz, L. & Braathen, S. H. (2014). "I just answer 'yes' to everything they say": access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient Education and Counseling*. 94 (3), 379-383.
- Lei Constitucional nº1/97. Diário da República: I série, nº218/97. <https://data.dre.pt/eli/leiconst/1/1997/09/20/p/dre/pt/html>
- Leininger, M. M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press.
- Lopes, M. O. (2016) Plano de Parto, In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (167-169). Lidel.

- Luton, M., Allan, H. & Kaur, H. (2021). Deaf women's experiences of maternity and primary care: An integrative review. *Midwifery*. 104, 1-6.
- Machado, W. C. A., Machado, D. A., Figueiredo, N. M. A., Tonini, T., Miranda, R. S. & Oliveira, G. M. B. (2013). Sign language: how the nursing staff interacts to take care of deaf patients? *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 5 (3), 283-292.
- Medeiros, A. S. C. L. (2015). *Acolhimento à parturiente na sala de pré parto, parto e pós-parto da maternidade municipal mãe esperança* [Relatório Final de Estágio para obtenção do título de especialista, Universidade Federal de Minas Gerais]. Repositório institucional da UFMG. <http://hdl.handle.net/1843/37581>
- Miranda, R. S., Shubert, C. O. & Machado, W. C. A. (2014). A comunicação com pessoas com deficiência auditiva: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*. 6 (4), 1695-1706.
- Monteiro, M. J., Santos, M. Prata, A. P. & Siqueira, A. (2020). Utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de Parto. In A. Sequeira, O. Pousa, O. e C. Amaral (Coords). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia* (84-91). Lidel.
- Néné, M. & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem – teoria e prática*. Lidel.
- Neri, M. (2003). Retrato da Deficiência. *Conjuntura económica*. 57 (7), 44-45.
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. OE.
- Oliveira, A. I. F. (2016). Gravidezes não vigiadas e complicações neonatais durante o período 2011-2013 no CHCB [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de mestre, Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde]. uBiblorum. <http://hdl.handle.net/10400.6/5379>
- Oliveira, T., Silva, A., Oliveira, J., Pereira, E. & Trezza, M. (2018) A Assistência De Enfermagem Obstétrica à Luz Da Teoria Dos Cuidados De Kristen Swanson. *Enfermagem Em Foco*. 9 (2), 3-6.
- Organização Mundial da Saúde (2012). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations*. OMS. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/174001>

- Organização Mundial da Saúde (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2021). *World report on hearing*. OMS.
- Organização das Nações Unidas (2010). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. ONU.
- Organização das Nações Unidas (2016). *Leaving no one behind: the imperative of inclusive development – Report on the World Social Situation 2016*. ONU.
- Organização das Nações Unidas (2017). *Universal Declaration of Human Rights*. ONU. <https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/portuguese>
- Organização das Nações Unidas (2018). *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável – 17 objetivos para transformar o nosso mundo*. ONU. https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/01/SDG_brochure_PT-web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto maternidade com qualidade*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Os Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2022). *Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº 22/2022*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25862/pronuncia-mceesmo_22-2022_ambientes-facilitadores-do-trabalho-de-parto.pdf
- O'Reilly, B., Bottomley, C. & Rymer, J. (2008). *Ginecologia e Obstetrícia*. Lusodidacta.

- Parreira, V., Coutinho, E. & Néné, M. (2016). A competência cultural e a Prática de Enfermagem no Processo de Maternidade. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (83-93). Lidel.
- Perry, S. (2008). Família e Cultura. In D.L. Lowdermilk e S. Perry (Coords). *Enfermagem na Maternidade* (22-42). Lusodidacta.
- Pinto, M. C. (2017, Novembro 14). *O que todos devíamos sobre língua gestual (em dez pontos)*. <https://www.publico.pt/2017/11/14/p3/noticia/o-que-todos-deviamos-saber-sobre-lingua-gestual-em-dez-pontos-1828846>
- Piotrowski, K. (2013). Complicações do trabalho de parto e parto. In D. Lowdermilk, S. Perry, S. Cashion e K. Alden (Coords). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (10ª edição) (388-414). Elsevier.
- Pires, E. M. (2008). *O sucesso escolar de alunos com surdez neurosensorial severo/profunda: A educação em tempos de inclusão/exclusão* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de mestre, Universidade Católica de Goiás]. PUC Goiás Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <http://localhost:8080/tede/handle/tede/1213>
- Prada, F. & Rafael, M. (2016). Partograma. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (348-352). Lidel.
- Pujol, D. (2018, Junho 06). *Campo auditivo humano*. <http://www.cochlea.org/po/som/campo-auditivo-humano>
- Ramos, N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-Legere*. 1 (11), 30-51.
- Reis, D. E. C., Oliveira, E. S. M. & Santos, F. P. A. (2021). Comunicação do enfermeiro no cuidado ao parto: ótica de mulheres surdas. *Research, Society and Development*. 10 (3), 1-10.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº 26/2019. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006. Diário da República: I Série, nº183/06. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/resolucao_paipdi_2006_0.pdf
- Ribeiro, J. A. K. (2017). *A identidade e a autonomia da mulher surda [paper apresentação]*. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, Florianópolis. http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498229488_ARQUIVO_Modelo_Texto_completo_MM_FG.pdf
- Rodrigues, S. I. B. (2016) Tipos de Parto – Parto Normal. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (377-381). Lidel.

- Rosa, R., Orlandi, R. & Belusso, A. (2015). *Sobre a educação sexual de jovens surdos no interior do paraná* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de Licenciado, Universidade Federal da Fronteira Sul]. Repositório Digital UFFS. https://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/18302_11005.pdf
- Rui, L. R. & Steffani, M. H. (2007). *Física: som e audição humana* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de mestre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30450/000675255.pdf>
- Santos, E. M. & Shiratori, K. (2004). As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 6 (1), 68-76.
- Santos, L., Pereira, S., Santos, V., Santana, R. & Melo, M. (2011). Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. *Revista de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*. 1 (2), 225-237.
- Santos, M. J. F. & Batista, M. C. D. (2016). Necessidades em Cuidados de Enfermagem da Puérpera e Recém-nascido. In M. N n , R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (455-472). Lidel.
- Sequeira, A. Seabra, A., Sousa, C., Brandão, S. & Pousa, O. (2016). Monitorização da cardiotocografia externa. In A. Sequeira, O. Pousa e C. Amaral (Coords). *Procedimentos em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (44-52). Lidel.
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de mestre, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/2556>
- Silva, J. S. S. (2021). *Deficiência, diversidade e diferença: idiossincrasias e divergências conceituais*. SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3012>
- Silva, P. L., Costa, A. A., Vogt, S.E, Ferreira, I. R., Fonseca, A. D., Neta, A. I. & Damasceno, R. F. (2017). O cuidado de enfermagem na percepção da mulher surda durante o período pré-natal e puerperal. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 6 (2), 1-4
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2021). *Consenso Nacional sobre Menopausa*. SPN. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2017/05/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Sousa, R. A. (2002). *Saúde sexual e reprodutiva para surdos: análise de um modelo educativo* [Relatório Final de Estágio para obtenção do grau de doutor, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional Universidade Federal do Ceará. <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/50139>
- Stokoe, W. C. (2005). Sign Language Structure: an Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf. *Journal of Deaf Studies a Deaf Education*. 10 (1), 3-37.

- Sudduth, A. & Linton, D. (2011). Gynecologic Care of Women with Disabilities – Implications for Nurses. *Nursing for Women's Health*. 15 (2), 140-147.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*. 40 (3), 161-166.
- Velonaki, V., Kampouroglou, G., Velonaki, M., Dimakopoulou, K., Sourtzi, P. & Kalokerinou, A. (2015). Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients. *Disability and Health Journal*. 8 (1), 109-117.
- Wojnar, D. (2011). Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. In. Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (Coords). *Modelos y teorías en enfermería* (741-752). Elsevier.
- World Federation of the Deaf (2018). *The Deaf Gap in Healthcare*. WFD. <https://wfdeaf.org/news/deaf-gap-healthcare/>

APÊNDICES

**APÊNDICE I – TABELA DOS TERMOS EM LINGUAGEM NATURAL E DOS
TERMOS INDEXADOS**

	PALAVRAS-CHAVE	LINGUAGEM NATURAL	CINAHL	MEDLINE	COCHRANE
População	Pessoa surda	Deaf	Deafness	Deafness; Hearing Loss	Deafness
		Deafness	Deafness	Deafness; Hearing Loss	
		Deaf women	Deafness	Hearing Loss; Deafness	
Conceito	Cuidar	Nursing care	Nursing Care; Prepregnancy Care; Gynecologic Care; Maternal-Child Nursing; Prenatal Care; Postnatal Care; Obstetric Care; Intrapartum Care	Nursing Care; Obstetric Nursing; Prenatal Care; Postnatal Care; Preconception Care; Perinatal Care	Nursing care
		Midwifery care	Pregpregnancy Care; Gynecologic Care; Prenatal Care; Postnatal Care; Obstetric Care; Intrapartum Care	Pregnancy Maintenance; Perinatal Care; Preconception Care; Prenatal Care; Postnatal Care	Midwifery care
Contexto	locais de prestação de cuidados de saúde				

APÊNDICE II – PRINT DO HISTÓRICO DE PESQUISA NAS BASES DE DADOS

PESQUISA CINAHL

Wednesday, February 08, 2023 11:05:50 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S7 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	105
S14	S7 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20130101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	120
S13	S7 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	300
S12	S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	128,567
S11	(MH "Pregnancy Care") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Obstetric Care") OR (MH "Gynecologic Care") OR (MH "Intrapartum Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	36,452
S10	Midwifery care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	14,695

S9	(MH "Nursing Care") OR (MH "Pregnancy Care") OR (MH "Gynecologic Care") OR (MH "Maternal-Child Nursing") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Obstetric Care") OR (MH "Intrapartum Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	65,604
S8	Nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	78,711
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	40,205
S6	(MH "Deafness")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	8,152
S5	Deaf women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica	81
			Base de dados - CINAHL Complete	
S4	(MH "Deafness")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	8,152
S3	Deafness	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	10,436

S2	(MH "Deafness")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	8,152
S1	Deaf	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - CINAHL Complete	36,814

PESQUISA MEDLINE



Wednesday, February 08, 2023 11:30:51 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S15	S7 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20130101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish; castilian Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	141
S14	S7 AND S12	Limitadores - Data de Publicação: 20130101-20221231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	158
S13	S7 AND S12	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	461
S12	S8 OR S9 OR S10 OR S11	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	135,002

S11	(MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Pregnancy Maintenance") OR (MH "Preconception Care") OR (MH "Perinatal Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	43,492
S10	Midwifery care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	19,090
S9	(MH "Nursing Care") OR (MH "Obstetric Nursing") OR (MH "Prenatal Care") OR (MH "Postnatal Care") OR (MH "Preconception Care") OR (MH "Perinatal Care")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	76,539
S8	Nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	75,300
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	98,341
S6	(MH "Hearing Loss") OR (MH "Deafness")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	44,118
S5	Deaf women	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	72
S4	(MH "Deafness") OR (MH "Hearing Loss")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE	44,118

S3	Deafness	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	55,093
S2	(MH "Deafness") OR (MH "Hearing Loss")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	44,118
S1	Deaf	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - MEDLINE Complete	77,372

PESQUISA COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS

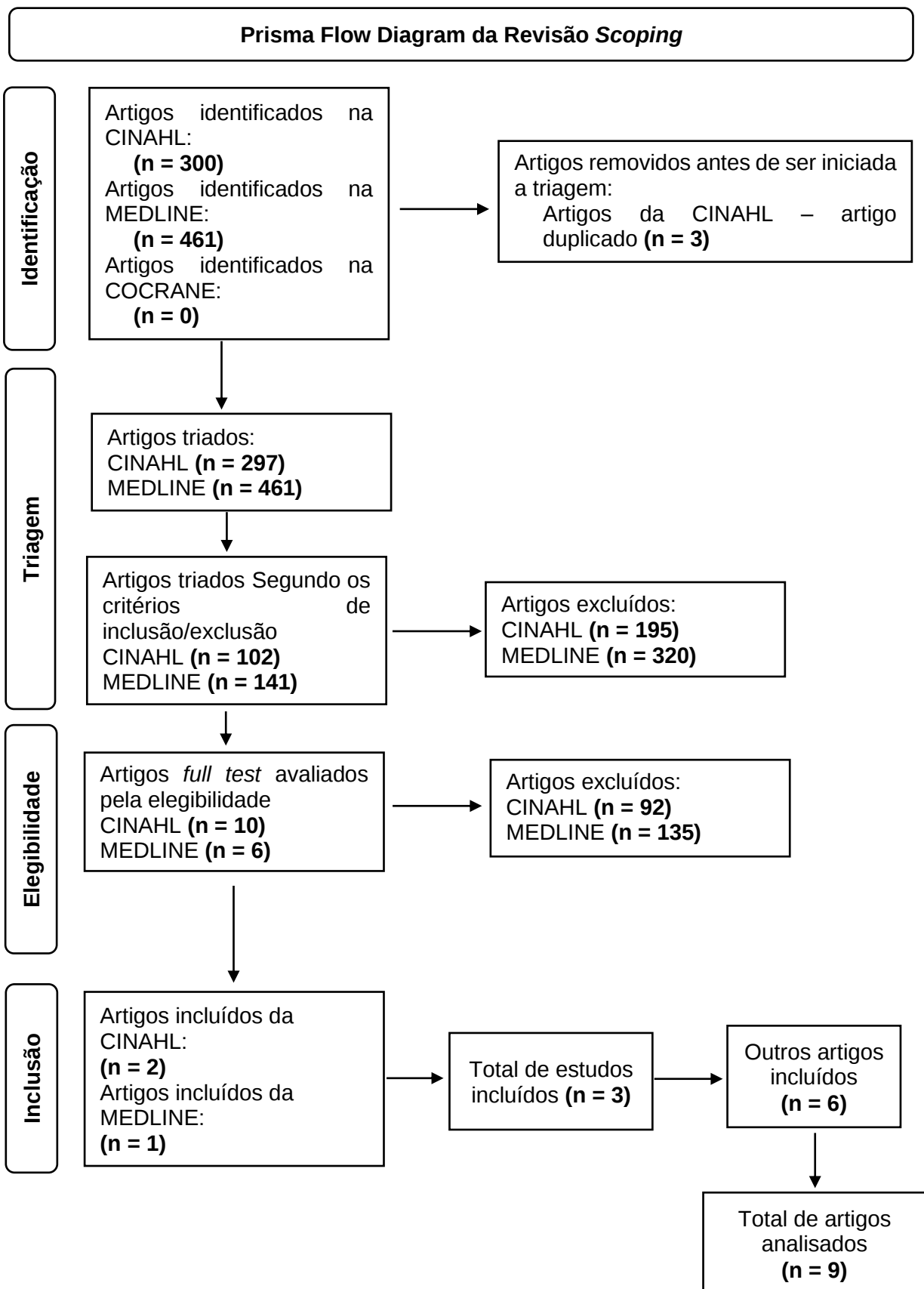


Wednesday, February 08, 2023 11:34:41 AM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	S1 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	0
S4	S2 OR S3	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	52
S3	Midwifery care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	22

S2	Nursing care	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	46
S1	Deafness	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Básica Base de dados - Cochrane Database of Systematic Reviews	17

APÊNDICE III – FLUXOGRAMA PRISMA FLOW



Adaptado do *Prisma Flow Diagram* para o processo de scoping review do JBI (Aromataris & Munn, 2020)

**APÊNDICE IV – RELATÓRIO DE ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS DA
REVISÃO SCOPING**

RESULTADOS

TABELA 1. SÍNTESE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

<i>TÍTULO</i>	<i>AUTORES (ANO)</i>	<i>PAÍS</i>	<i>TIPO DE ESTUDO</i>	<i>POPULAÇÃO E METODOLOGIA</i>	<i>OBJETIVOS</i>	<i>PRINCIPAIS RESULTADOS</i>
Promoting Best Practice for Perinatal Care of Deaf Women	Lori J. Hubbard, Elizabeth D'Andrea & Luke A. Carman (2018)	Estados Unidos América	Estudo qualitativo e descritivo e exploratório	5 mulheres surdas de <i>Southeastern</i> , com mais de 18 anos, que pariram um filho vivo no mínimo há 6 meses, no máximo há 5 anos, sendo a língua gestual americana a sua estratégia comunicacional primária. Entrevista semiestruturada com perguntas abertas (presença de um intérprete de língua gestual).	Avaliar a prestação de cuidados perinatais à mulher surda	Relataram mais interações negativas do que positivas junto de enfermeiros e outros profissionais de saúde ao longo da vigilância da gravidez, acompanhamento do trabalho de parto, parto e pós-parto. Consideram que estes possuem pouca consciência e sensibilidade cultural sobre a surdez consequentes implicações para a pessoa/família. Estes devem possuir conhecimentos sobre língua gestual e de outras estratégias adequadas (por exemplo, leitura labial, expressão escrita, uso de intérprete, recursos tecnológicos); atender às características do ambiente envolvente (luz, ruído).

Welcome and listen to the silence: nursing care from the perspective of deaf woman during pregnancy, childbirth and postpartum	Amanda de Andrade Costa, Sibylle Emilie Vogt, Edna de Freitas Gomes Ruas, Ana Paula Ferreira Holzmann & Patrick Leonardo Nogueira da Silva (2018)	Brasil	Estudo qualitativo e exploratório	9 mulheres surdas da cidade de Minas Gerais, entre os 27 e 43 anos, apoiadas pela Associação de Pessoas com Deficiência de Montes Claros, que já vivenciaram a gravidez, parto e pós-parto. Entrevista semiestruturada.	Identificar a percepção da mulher surda face aos cuidados de enfermagem prestados durante a gravidez, parto e puerpério	As mulheres surdas relatam insatisfação face aos cuidados de enfermagem prestados, identificando os seguintes fatores: Barreiras comunicacionais: ausência de conhecimentos sobre língua gestual e de intérpretes nos serviços; interlocutores que falam rápido demais ou que usam máscaras faciais, dificultando a leitura labial. Comportamentos e atitudes: falta de apoio; divergências entre a equipa multidisciplinar sobre o cumprimento das <i>guidelines</i> orientadoras da prática; o profissional dirige-se à pessoa significativa/intérprete e não à pessoa surda, fazendo com que estas mulheres se sintam negligentes e vergonha/medo de expor os seus sentimentos e emoções.
	Meghan Luton,	Inglaterra	Revisão integrativa		Conhecer as experiências das	A pessoa surda possui níveis de literacia em saúde mais baixos,

**experiences
of maternity
and primary
care: An
integrative
review**

Helen T. Allan, Herminder Kaur (2021)	da literatura nas bases de dados EMBASE, MEDLINE, CINAHL e Maternity and Infant Care	mulheres surdas apresentando poucos no âmbito dos conhecimentos sobre boas práticas cuidados de em saúde e direitos legais e saúde terminologia específica e complexa materna/obstetríci da área da saúde. a e nos cuidados A língua escrita é frequentemente de saúde utilizada pelos profissionais de primários saúde, estratégia que nem sempre Identificar as é eficaz pois, para algumas dificuldades pessoas surdas, a sua primeira e vivenciadas pelas única língua oficial é a língua mulheres surdas gestual, Muitos profissionais de no acesso aos saúde, incluindo os enfermeiros, cuidados de não adequa o tempo despendido na saúde durante a prestação de cuidados à pessoa gravidez, trabalho surda, principalmente em consultas de parto, parto e de vigilância de enfermagem de pós-parto gravidez e nas unidades hospitales, aquando da vigilância do trabalho de parto e apoio no internamento de puerpério. Este aspeto é de extrema importância pela desvantagem educacional pré- existente, necessitando de mais apoio, treino de competências,
---	--	---

							informação e validação de conhecimentos em comparação com a comunidade ouvinte. As pessoas surdas tendem a evitar ou atrasar a vigilância da sua saúde ou aceitam cuidados de saúde de menor qualidade.
Nurses' knowledge, attitudes and behavior toward Deaf patients	Ventia-Sofia Velonaki, Georgios Kampouroglou, Martha Velonaki, Konstantin a Dimakopoulou, Panayiota Sourtzi & Athena Kalokerinou (2015)	Grécia	Estudo qualitativo	200 enfermeiros, escolhidos de forma aleatória, que exercem funções em 2 hospitais públicos e 2 centros de saúde.	Analisar o conhecimento, atitudes e práticas dos enfermeiros gregos em relação aos surdos	o	Metade dos participantes (50.6%) responderam estar muito capacitados ou capacitados o suficiente para cuidar da pessoa surda. Porém, 55% dos participantes admite não conseguir compreender na totalidade estas pessoas ou ser entendidos por estas. Apenas 2.3% dos participantes tinham curso de língua gestual. Um terço dos participantes já tinham prestado cuidados a um utente surdo. 9% admitiram ter evitado cuidar da pessoa surda. Aqueles que prestaram cuidados, verbalizaram sentimentos positivos, fazendo um balanço favorável da

face a estes indivíduos, interesse dos participantes em receber formação neste âmbito.

sua experiência. Sobre as práticas, o uso de gestos/mímica é o método de comunicação mais comum, seguido da leitura labial. O recurso a um intérprete não é usado em 80% das situações, sendo mais frequente os familiares assumirem esse papel. A linguagem escrita também comum (78%).

87% dos participantes acredita que a formação e o processo de educação académica sobre a prestação de cuidados à pessoa surda são importantes. Desta amostra, 26% estão muito interessados em ingressar num destes programas, 38.2% estão renitentes por não conseguirem conciliar com os seus horários, 28.9% dizem não ter tempo livre suficiente e 6.4% dizem não ter nenhum interesse.

Comunicação do enfermeiro	Denise	Brasil	Estudo qualitativo	9 mulheres surdas do estado da Bahia, com idades entre os 19 e 50	Compreender a percepção de mulheres surdas	- Entraves à prestação de cuidados às parturientes surdas: desconhecimento sobre língua
	Elen					
	Costa					

no cuidado ao parto: ótica de mulheres surdas	Reis, Émile Assis Miranda Oliveira & Flavia Pedro dos Anjos Santos (2018)		descritivo e exploratório	anos que já vivenciaram a gravidez, parto e pós-parto, sendo a língua gestual a sua primeira língua . Entrevistas semi-estruturadas (recurso a intérprete).	sobre a gestual e o uso de gestos desadequados sem significado; inexistência de um intérprete; dependência de um familiar como intérprete; uso de máscaras impede a visualização do rosto e lábios do mesmo, impedindo o estabelecimento da comunicação através da leitura orofacial. - Estratégias de comunicação durante o trabalho de parto: leitura labial, escrita. Alguns sentimentos negativos como tristeza, desespero e angústia foram evocados e diretamente relacionados à falta de comunicação. Estas mulheres verbalizaram que a comunicação através da língua gestual é, por si só, uma forma de cuidado.
“They must understand we are people”: Pregnancy	Margaret W. Gichane, Marion Heap,	Africa do Sul	Estudo qualitativo	42 mulheres surdas em idade fértil. Questionário estruturado em língua gestual sul-africana.	Descrever e comparar o decorrer da gravidez e o uso dos serviços de Embora o uso de serviços no âmbito dos cuidados materno-fetais seja adequado, os testemunhos das mulheres surdas da região central da cidade do Cabo refletem

and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town	Mayara Fontes & Leslie London (2017)			maternidade pelas mulheres da região central da cidade do Cabo com a mesma população da região ocidental			a pouca qualidade de cuidados prestados e dos serviços disponibilizados, tal como da região ocidental. Os resultados sugerem a necessidade de melhorar os cuidados do âmbito da saúde materna e obstetrícia às mulheres surdas através da implementação de estratégias comunicacionais personalizadas, utilização de um intérprete e do treino das competências comunicacionais dos profissionais de saúde (principalmente da língua gestual).
"I just answer 'yes' to everything they say": access to health care for deaf people in Worcester, South Africa	Janis Kritzinger, Marguerite Schneider, Leslie Swartz & Stine Hellum Braathen (2014)	Africa do Sul	Estudo qualitativo exploratório	16 participantes surdos do <i>National Institute for the Deaf em Worcester.</i> Entrevistas semi- estruturadas (recurso a intérprete).	Explorar a existência outros fatores, para além da comunicação, que dificultam o acesso das pessoas surdas aos cuidados de saúde	As barreiras comunicacionais são responsáveis pela maioria das dificuldades dos participantes no acesso aos cuidados de saúde, contudo não ocorrem isoladamente. Os fatores interpessoais combinam-se com os desafios comunicacionais, criando um ciclo negativo que se reforça mutuamente.	

and the
politics of
exclusion

- Fatores pessoais: timidez, insegurança, falta de confiança e autonomia, superproteção, ausência da necessidade de esclarecimento e falta de comunicação familiar.

- O efeito destes fatores no acesso aos cuidados de saúde: os participantes mencionam sentirem-se sozinhos e envergonhados quando não conseguem comunicar com os profissionais de saúde, inibindo-se de dar a conhecer as suas dúvidas. Este facto pode levar à não utilização dos serviços de saúde sempre que necessário, comprometendo a situação de saúde-doença da pessoa surda.

Sign
language:
how the
nursing staff
interacts to
take care of

William César A. Machado, Daniel Aragão Machado, Nébia M.	Brasil	Estudo misto	37 membros da equipa de enfermagem do hospital universitário Gafree e Guinle da Universidade Federal do Rio de Janeiro.	Identificar os cuidados prestados pelos enfermeiros de um hospital universitário à pessoa surda	Nenhum participante relatou domínio da língua gestual brasileira. Apenas 16 participantes relataram ter prestado cuidados a uma pessoa surda, enquanto 21 referiram nunca o terem feito. As estratégias de comunicação
---	--------	-----------------	---	---	--

**deaf
patients?** Almeida
de
Figueiredo
, Teresa
Tonini,
Rodrigo
Sousa de
Miranda &
Gabriela
M. Bueno
de Oliveira
(2013)

Questionário com
questões abertas e
fechadas.

utilizadas pelos 16 enfermeiros
foram: mímica (46%); leitura labial
(15%); expressão escrita (30%);
desenhos (3%); intérprete (3%).
Os enfermeiros demonstram
insegurança em relacionar-se com
a pessoa surda por não
conhecerem a língua gestual
brasileira, pela sua falta de
experiência neste âmbito, pela sua
falta de aptidões em mobilizar
estratégias comunicacionais
adequadas para transmitir
informações à pessoa surda e pela
ausência de formação e treino de
competências durante o seu
percurso académico e profissional.

**A
comunicação
o com
pessoas
com
deficiência
auditiva:
uma revisão
integrativa**

Rodrigo Brasil
Sousa de
Miranda,
Carla
Oliveira
Shubert,
William
César
Alves
Machado
(2014)

Revisão
integrativa
da literatura

Identificar como a
comunicação é
estabelecida
entre os
profissionais de
saúde e os
utentes surdos

Cada pessoa surda possui
necessidades comunicacionais
específicas, cabendo ao enfermeiro
escolher, em parceria, a melhor
estratégia de comunicação. Outro
ponto importante é a necessidade
de compreensão do enfermeiro e
restantes profissionais de saúde
sobre a comunidade surda, em
especial da sua cultura e
especificidades. Assim, o
enfermeiro deverá desenvolver
competências culturais neste
âmbito, promovendo um cuidado
específico e personalizado à
identidade da comunidade surda,
pautado na comunicação efetiva.
A necessidade do desenvolvimento
de competências sobre língua
gestual é outro fator determinante.

TABELA 2. SÍNTESE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

<i>PARAMETROS</i>	<i>RESULTADOS</i>	
Nº de publicações por intervalos de anos	2013-2018	7
	2019-2023	2
Países de origem	Estados Unidos da América	1
	Inglaterra	1
	Brasil	4
	Grécia	1
	África do Sul	2
Tipos de estudo	Qualitativo	7
	Quantitativo	1
	Misto	1
Tema de investigação	Percepções das mulheres surdas	7
	Percepções dos profissionais de saúde	2

DISCUSSÃO DE RESULTADOS E PRINCIPAIS CONCLUSÕES

Através da análise dos artigos incluídos é possível constatar que, de forma generalizada, a pessoa surda demonstra uma insatisfação na forma como os profissionais de saúde se relacionam e comunicam. Por sua vez, consideram que, na grande maioria, os cuidados que lhe são prestados, não vão de encontro às suas necessidades específicas e preferências. No que concerne aos contextos de prestação de cuidados de saúde e tendo em conta a sua proximidade com as comunidades e famílias, o/a enfermeiro/a possui um papel fundamental na promoção da saúde da comunidade surda e na minimização das possíveis barreiras e obstáculos ao processo de cuidados.

No âmbito do ciclo reprodutivo da mulher surda, estas relatam um maior número de experiências negativas junto de enfermeiros e outros profissionais de saúde ao longo da vigilância da gravidez, acompanhamento do trabalho de parto, parto e pós-parto. Consideram que, de forma geral, estes profissionais possuem pouca consciência e sensibilidade cultural sobre a surdez (Hubbard et al., 2018).

Está descrito a dificuldade da mulher surda em ter acesso aos cuidados pré-natais, nomeadamente às consultas de enfermagem, comprometendo o bem-estar materno-fetal (A. A. Costa et al., 2018). No estudo de Gichane et al. (2017), 33% das participantes iniciaram a vigilância da gravidez no 2º trimestre e 18% no 3º trimestre por dificuldades no acesso aos cuidados de saúde e desconhecimento da importância dos cuidados pré-natais.

A taxa de sucesso na amamentação é tendencialmente reduzida, resultado da falta de apoio da equipa de enfermagem. É frequente a existência de divergências entre a equipa multidisciplinar sobre o cumprimento das *guidelines* orientadoras da prática junto da mulher surda, conseqüentes das dificuldades na comunicação e estabelecimento de uma relação terapêutica. Durante o parto, se o enfermeiro se dirigir com maior frequência à pessoa significativa ou companheiro/a, provoca à mulher surda sentimentos de negligência e

vergonha em exprimir sentimentos e emoções. No pós-parto, as mulheres sentem-se desapoiadas no processo de capacitação e empoderamento para cuidar do recém-nascido (A. A. Costa et al., 2018).

É consensual que a mulher surda considera a comunicação uma estratégia de humanização do cuidado de enfermagem, uma vez que espelha preocupação e interesse em informar e esclarecer sobre procedimentos e intervenções a serem realizadas, bem como das normas e procedimentos da instituição. Desta forma, reduz-se o seu sofrimento e ansiedade ao longo da promoção da saúde sexual e reprodutiva, período pré-concepcional, gravidez, parto e pós-parto (Machado et al., 2013; A. A. Costa et al., 2018).

Cada pessoa surda possui necessidades comunicacionais específicas, cabendo ao enfermeiro/a, em pareceria com a mesma, a escolha da estratégia mais adequada, respeitando preferências e limitações.

Quando os/as enfermeiros/as não sabem língua gestual, tendem a comunicar através da mímica ou gestos que não possuem qualquer significado para os indivíduos surdos, tornando a comunicação ainda mais confusa (Reis et al., 2021).

Recorrer à língua escrita é uma estratégia adotada com frequência, porém poderá não ser adequada a todas as pessoas surdas, pois nem todas sabem ler e escrever. Também o uso da leitura labial é uma estratégia recorrente, porém é preciso compreender que nem todos os indivíduos surdos possuem esta competência.

No estudo de Hubbard et al. (2018), as participantes mencionam que o uso de máscaras faciais poderá dificultar a comunicação, uma vez que inviabiliza a leitura labial e a interpretação de expressões faciais, devendo ser removida temporariamente ou utilizar-se viseira. Para captar a atenção da pessoa surda, sugere-se o toque gentil no ombro ou no colchão; agitar suavemente o seu braço/ombro, caso esta se encontre a dormir; acenar educadamente com a mão; piscar as luzes do quarto; bater no chão, se apropriado.

É importante manter o contacto visual com a pessoa surda e usar, sempre que se justifique, expressões faciais apropriadas ao contexto. O ruído deve ser minimizado e a iluminação do ambiente deve ser ajustada ao momento de prestação de cuidados. A luz deve incidir diretamente na face do profissional e não por trás, uma vez que pode ofuscar a visão da pessoa surda. Sempre que necessitar de se ausentar, o/a enfermeiro/a deverá informar e esclarecer do tempo aproximado da sua ausência (Hubbard et al., 2018; A. A. Costa et al., 2018; Reis et al., 2021)

No que está relacionado ao uso de intérpretes, é possível concluir que este recurso pode não ser adequado a todas as pessoas surdas. Algumas demonstram relutância quando estes não são conhecidos da sua comunidade; outras preferem resguardar a sua privacidade e intimidade face a qualquer outra pessoa que não seja o profissional de saúde envolvido no momento de prestação de cuidados.

O uso de membros da família/pessoa significativa como intérprete pode levantar questões éticas, uma vez que estes podem ocultar informações, não saber explicar corretamente os diagnósticos/procedimentos por falta de vocabulário técnico ou tomar decisões com base no que acreditam ser a melhor opção para pessoa surda.

O uso da tecnologia na comunicação com a pessoa surda tem sido crescente, conseqüente do desenvolvimento de dispositivos eletrônicos, programas e aplicativos facilitadores da comunicação entre a comunidade surda e a ouvinte (Miranda et al., 2014; Reis et al., 2021).

Relativamente à perspectiva dos profissionais de saúde sobre os cuidados que prestam à pessoa surda, os estudos de Machado et al. (2013) e Velonaki et al. (2015) debruçaram-se sobre a *performance* dos/as enfermeiros/as, obtendo conclusões opostas em determinados aspetos. Em primeiro lugar, é possível constatar que nem todos os/as enfermeiros/as tem experiências de cuidados junto da pessoa surda, pelo que, para alguns, este tema ainda totalmente desconhecido, espelhando a falta de preparação dos mesmos para um possível contacto no futuro.

No estudo de Velonaki et al. (2015), metade dos participantes responderam estar muito capacitados ou capacitados o suficiente para cuidar da pessoa surda. Contudo, cerca de 55% destes participantes admite não conseguir compreender na totalidade estas pessoas ou ser entendidos por estas. Apenas 9% admitiram ter evitado cuidar da pessoa surda. Os enfermeiros que possuem experiências de cuidados junto destas pessoas, verbalizaram sentimentos positivos, fazendo um balanço favorável da sua experiência.

Já no estudo de Machado et al. (2013), os/as enfermeiros/as demonstraram insegurança em relacionar-se com a pessoa surda por desconhecerem a língua gestual, pela falta de experiência neste âmbito e pela falta de aptidões em mobilizar estratégias comunicacionais adequadas na transmissão de informações à pessoa surda.

Dos artigos analisados, emergem estratégias facilitadoras do cuidar, comuns à perspectiva das pessoas surdas e à ótica dos/as enfermeiros/as, das quais se destacam o desenvolvimento de competências do âmbito da comunicação através da aprendizagem sobre língua gestual; a necessidade dos profissionais de saúde estarem familiarizados com a cultura e linguagem da comunidade surda; a inclusão de intérpretes, porém com algumas ressalvas: validar junto da pessoa surda a sua preferência, nomeadamente quem será o profissional escolhido, mobilizando-o em tempo útil; e a necessidade de integrar esta temática durante a formação académica dos profissionais de saúde e nos contextos de trabalho.

APÊNDICE V – QUESTIONÁRIO (VIA *GOOGLE FORMS*)

Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica



catarina.marques@campus.esel.pt (não partilhado)

[Mudar de conta](#)



Olá!

Sou aluna do 12º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e o tema do meu Projeto de Estágio com Relatório é *Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica*.

Este projeto tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comunicacionais, relacionais e éticas no cuidar da mulher surda ao longo do seu ciclo reprodutivo, nos contextos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No âmbito deste projeto, pretendo desenvolver um estudo exploratório e descritivo, cujos objetivos são:

- Conhecer a perceção das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo.
- Conhecer as experiências de cuidar dos/as enfermeiros/as especialistas com mulheres surdas nos vários *settings* onde decorre o estágio com relatório
- Identificar eventuais dificuldades dos enfermeiros/as especialistas na prestação de cuidados à mulher surda.
- Desenvolver estratégias facilitadoras do cuidar da mulher surda.

O questionário pretende trazer contributos que permitam dar resposta ao primeiro e último objetivo acima mencionados. Ou seja, com este questionário, pretendo compreender a perceção das mulheres surdas sobre as suas necessidades de saúde e a forma como são satisfeitas através dos cuidados prestados pelo enfermeiro especialista no âmbito de consultas de planeamento familiar, gravidez, durante o parto e pós-parto (ocorridos há menos de 3 anos).

O seu contributo é fundamental para o desenvolvimento deste projeto, uma vez que irá colaborar para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas às mulheres surdas.

A sua participação neste questionário é de livre e espontânea vontade, pelo que pode desistir de o preencher a qualquer momento, se assim o entender. As suas respostas são anónimas e confidenciais, servindo apenas para fins de investigação.

Muito obrigada pela vossa ajuda!

Enfermeira e estudante Catarina Marques

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas. Assim, aceito participar neste projeto, permitindo a utilização dos dados que forneço, de forma voluntária, os quais apenas serão utilizados para os fins a que se destinam, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram fornecidas.

Selecionar ▼

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade

A sua resposta

Escolaridade

A sua resposta

Situação conjugal

☐ Solteira

☐ União de Facto

☐ Casada

☐ Divorciada

☐ Viúva

☐ Outra: _____

Tipo de família

- ☐ Nuclear (casal com filhos comuns)
- ☐ Conjugal (casal sem filhos)
- ☐ Alargada (casal, filhos e parentes da família)
- ☐ Reconstruída (casal com filhos de relações anteriores)
- ☐ Monoparental (mãe ou pai com filhos)
- ☐ Outra: _____

Recursos familiares/sociais (tipos de apoios de que dispõe)

A sua resposta _____

DADOS SOBRE GRAVIDEZES E PARTOS ANTERIORES

Nº de gravidezes anteriores/datas

A sua resposta _____

Nº de filhos vivos e idades

A sua resposta _____

Tipo de partos anteriores

- ☐ Eutócico (parto normal)
- ☐ Cesariana (operação à barriga que permite o nascimento do bebé)
- ☐ Ventosa (instrumento que ajuda a descida do bebé)
- ☐ Fórceps (utilização de "ferros")

OUTROS DADOS

Há quanto tempo ocorreu o contacto com o enfermeiro/a? E em que local?

A sua resposta

Na situação que vivenciou, diga se os cuidados que recebeu foram de encontro às suas necessidades.

A sua resposta

Que recursos foram utilizados pelo enfermeiro/a para comunicar consigo?

A sua resposta

Que aspetos, na sua opinião, podiam ser melhorados nos cuidados que lhe foram prestados?

A sua resposta

Enviar

Limpar formulário

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este formulário foi criado dentro de Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. [Denunciar abuso](#)

Google Formulários

**APÊNDICE VI – EXEMPLO DE UMA SESSÃO DE DISCUSSÃO SOBRE O
CUIDAR DA MULHER SURDA APRESENTADA EM CONTEXTO DE EC**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1.º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica – Unidade Estágio com Relatório

O cuidar da mulher surda

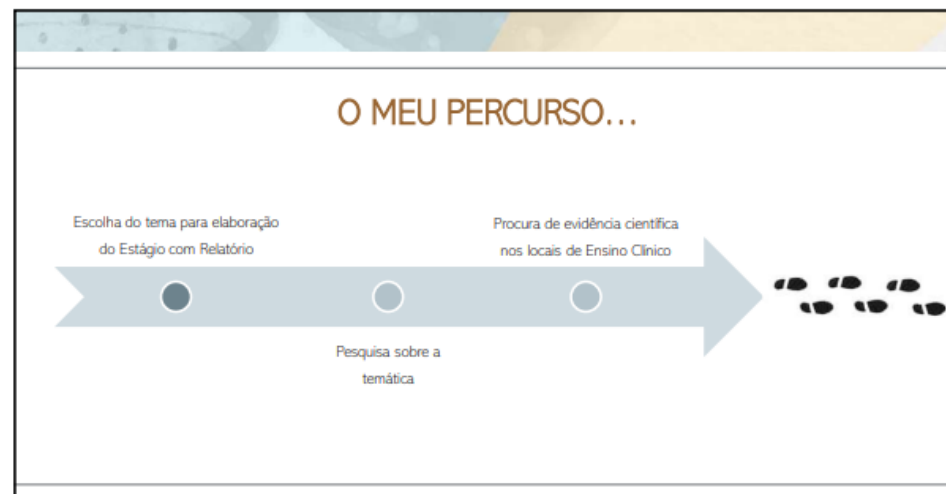
Contexto de cuidados à grávida/casal em situação de Risco Materno-fetal

Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica

Professora Orientadora: Maria Madalena Oliveira | Orientadora Clínica: Enfermeira Ana Encarnação

Discente: Catarina Da Costa Marques

Fevereiro de 2022



PERDA DE AUDIÇÃO

- ✓ A perda de audição é a diferença existente entre a performance do indivíduo e a habilidade normal para a deteção sonora. ASP (2013)
- ✓ Os limiares de audição utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva diferem consoante o autor, porém na generalidade, há consenso de que existe perda quando os limiares da audição se encontram acima dos 20-25 decibéis.

Grau de perda	Perda em Audiometria (dB)	Descrição	Recomendações
Normal	0-25	Sem ou muito leve problema: ouve sussurros	Nenhuma
Leve	26-40	Ouve e repete palavras faladas num tom de voz normal, a 1 metro de distância	Aconselhamento; uso aparelhos auditivos é raro
Moderada	41-60	Ouve e repete palavras faladas num tom de voz elevada, a 1 metro de distância	Aparelhos auditivos são recomendados
Severo	61-80	Ouve algumas palavras quando gritadas	Aparelhos auditivos, leitura labial e língua gestual
Profundo	>81	Incapaz de ouvir palavras gritadas	As anteriores, mais reabilitação

OMS (2021)

CONCEITOS

Perda auditiva ou diminuição da acuidade auditiva: redução da capacidade auditiva e incapacidade de ouvir tão bem quanto alguém com audição normal.

Deficiência auditiva: pessoa com perda auditiva leve a severa.

Surdez: pessoa com perda auditiva severa ou profunda que pode ouvir apenas sons muito altos ou não ouvir nada. OMS (2021)

DEFICIÊNCIA VS DIVERSIDADE



CAUSAS DE PERDA DE AUDIÇÃO

As causas são diversas: **pré-natais** (hereditárias, malformações congénitas derivadas de infeções bacterianas ou virais, carências alimentares, alterações endócrinas, agentes físicos), **peri-natais** (traumatismos durante o parto, incompatibilidades sanguíneas), **pós-natais** (doenças infecciosas virais ou bacterianas, intoxicações, trauma acústico) e **Idiopáticas**.



APTA (2015)

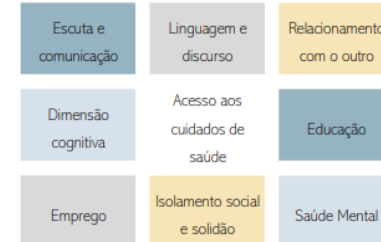
OMS, 2021

Pode ser classificada tendo em conta o tipo de perda auditiva: **condutiva** (é causada por problemas localizado no canal auditivo ou no ouvido médio), **neurosensorial** (a causa da perda auditiva localiza-se na cóclea ou no nervo auditivo, ou em ambos) e **mista**.

OMS (2021)

5

IMPACTO DA SURDEZ NA PESSOA



OMS (2021)

6

PREVALÊNCIA

✓ Estima-se que 466 milhões de pessoas em todo o mundo (5,5% da população) têm perda auditiva incapacitante, e esse número deve aumentar para 1 em cada 4 até 2050.

OMS (2021)

✓ Segundo a estimativa do Instituto Nacional de Estatística nos Censos de 2011, em Portugal residem 26 860 pessoas que "não conseguem efetuar a ação - ouvir", das quais **15 430 são mulheres** e 11 430 são homens. Aguardam-se os dados dos Censos de 2021.



7

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

✓ As pessoas surdas têm **sete vezes** mais probabilidade de desenvolver uma patologia e complicações, devido à disparidade significativa no acesso aos cuidados de saúde e menos aposta na saúde preventiva, consequência das dificuldades inerentes à educação para a saúde.

World Federation of the Deaf (2018)

✓ A mulher surda está exposta a um **maior número de problemas e barreiras** comparativamente com mulheres saudáveis, conferindo-lhes uma maior vulnerabilidade, pois pode ser considerada incapacitada e, por isso, portadora de um corpo assexuado. O **exercício da sua sexualidade pode estar comprometida**, podendo ser entendida apenas como um corpo portador de funções biológicas.

Santos e Shiratori (2004)

8

CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

- ✓ Para além de estar sujeita à discriminação por ser mulher, poderá sofrer **preconceitos e tratamento desigual pela sua deficiência, pondo em causa a sua autodeterminação, dignidade, livre-arbítrio e autonomia.**

Costa, Vogt, Ruas, Holzmann e Silva (2018)

- ✓ Tem maior probabilidade de estar sujeita a situações de abuso ou negligência.
- ✓ Tem dificuldade em expor as suas dúvidas e esclarecê-las.
- ✓ Tem menor literacia em saúde.



GRÁVIDA SURDA

ALGUNS ESTUDOS...

- ✓ As mulheres grávidas surdas são frequentemente negligenciadas nos serviços de obstetria, consequência da falta de compreensão de como cuidar destas mulheres. Nestes contextos, os enfermeiros têm um papel fundamental na harmonização da vivência do internamento, uma vez que possuem mais tempo e disponibilidade para entender as necessidades destas grávidas.
- ✓ Os enfermeiros devem atuar como defensores destas mulheres, ajudando-as a superar as barreiras que podem ser criadas pela surdez.
- ✓ Ao longo da gravidez, o/a companheiro/a deverá ser envolvido/a nos cuidados - 90% das mulheres surdas casam com outra pessoa surda; pequenas ações farão a diferença, por exemplo: o/a pai/mãe surdo/a poderá sentir as vibrações da monitorização dos batimentos cardio-fetais, colocando as mãos na saída de som do Doppler ou do Cardiotocógrafa.

Jackson (2011)

GRÁVIDA SURDA

ALGUNS ESTUDOS...

- ✓ A comunicação enquanto estratégia de humanização dos cuidados de enfermagem, garante o entendimento da mulher surda acerca dos procedimentos e exames a que está sujeita, bem como sobre as rotinas e normas da instituição, reduzindo o sofrimento e ansiedade durante o internamento.
- ✓ Os/as enfermeiros/as devem ter disponibilidade para explicar o que vai acontecer com antecedência, de forma a promover o empowerment destas mulheres, bem como o controlo da sua situação de saúde.
- ✓ Estas mulheres concordam que a comunicação através da língua gestual é, por si só, uma forma de cuidado.

Costa et. al. (2018)

Jackson (2011)

Reis, Oliveira e Santos (2021)

O CUIDAR INCLUSIVO DO/A ENFERMEIRO/A

Adotar uma postura de disponibilidade, sensível à compreensão das necessidades da grávida demonstrando empatia e respeito pela sua vivência, na fase da vida em que se encontra.

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DA COMUNICAÇÃO

- ✓ Sempre que possível, criar as condições para que a grávida surda possa utilizar a **leitura labial** e a expressão escrita – viseiras, máscaras transparentes, papel e caneta.
- ✓ Permitir a presença de um acompanhante que saiba LGP (familiar, amigo) durante o internamento, 24 horas por dia.
- ✓ Saber mobilizar o **intérprete** de LGP do hospital.
- ✓ Contactar a Associação Portuguesa dos Surdos – 91 42 47 809 (SMS e Videochamada); 21 355 7244 (chamada).
- ✓ Técnicas promotoras do desenvolvimento das competências parentais – utilizar métodos demonstrativos, disponibilizar panfletos (se puerperas souberem ler língua portuguesa escrita).
- ✓ Recorrer a **aparelhos eletrónicos** que facilitam a comunicação entre a grávida surda e os profissionais de saúde.
- ✓ **Enfermeiros com conhecimentos de LGP.**

O CUIDAR INCLUSIVO DA MULHER SURDA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APTA (2015). *Audição e Equilíbrio*. Racheio Auditivo Neurológico Universal Causas de Surdez. Acesso: 05/07/2021. Disponível em: <https://www.apta.org.br/arquivos-de-sua-site>
- ASP (2003). *Informações básicas sobre a surdez*. Acesso a 10/07/2021. Disponível em: <http://www.apta.org.br/arquivos-de-sua-site>
- Costa, A., Vogt, S., Rias, E., Holzmann, K. & Silva, P. (2018). *Acoirer e escutar o silêncio: o cuidado de enfermagem sob a ótica da mulher surda durante a gestação, parto e puerpério*. *Revista Galileu de Fundamental Online*, 10 (1), p. 123-129.
- ODS (2017). *Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Acesso a 06/07/2021. Disponível em: <https://www.apta.org.br/arquivos-de-sua-site/convencao-das-nacoes-unidas-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia.pdf>
- Wajner, D. (2011). *Klöster M. Swanson. Teoria de los cuidados*. In Algood, M.R. & Toney, A.M. (Coords). *Módulos y teorías en enfermería* (741-752). Barcelona: Elsevier
- World Federation of the Deaf (2018). *The Deaf/Gay in Healthcare*. Acesso a 05/07/2021. Disponível em: <https://wfdinternational.org/wp-content/uploads/2018/06/WFD-Guide-to-Deaf-Gay-in-Healthcare.pdf>
- Jackson, M. (2011). Maternity focus: deathless, antenatal care and access. *British Journal of Healthcare Assistant*, 5 (6), p. 339-341
- Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R. (2005). *Código Descontabilizado do Enfermeiro: dois comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OMS (2021). *World report on hearing*. Ginebra: OMS
- ONU (2010). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*. Acesso a 10/07/2021. Disponível em: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Regulamento n.º 140 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744 – 4750. EU. <https://diariorespublica.pt/diari/19735195/ptd/ptd/competencias>
- Santos, E. e Shizatori, K. (2004) As necessidades de saúde no mundo do silêncio: um diálogo com os surdos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6 (1), p. 68-76

Partilha de experiências sobre o cuidar da mulher surda

- Nomeie 1 palavra que caracterize a sua experiência de cuidados. Porque?
- Nomeie 1 palavra que caracterize as dificuldades sentidas. Porque?
- Nomeie 2 estratégias que promovam a melhoria da sua prestação de cuidados.

Língua Gestual Portuguesa – alfabeto, números e algumas curiosidades

Obrigado/a

**APÊNDICE VII – SISTEMATIZAÇÃO DOS CONTRIBUTOS DOS EEESMO
NA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO DO TEMA EM EC**

SISTEMATIZAÇÃO DOS CONTRIBUTOS DOS EEESMO NA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO DO TEMA EM EC					
Experiências de cuidados		Dificuldades sentidas			
Sentimentos	Pensamentos	Escolha de estratégias comunicacionais	Sensibilidade cultural	Interação com a mulher surda	Atitudes e comportamentos do EEESMO
Aceitação; Compaixão; Curiosidade; Inquietação; Frustração; Medo; Desconforto; Ansiedade; Vergonha; Preocupação; Desânimo; Reprovação	Desafio; Aprendizagem; Oportunidade; Responsabilidade; Crescimento pessoal; Trabalho em equipa; Desconhecimento; Rotina; Passividade; Incompetência	Conhecimentos sobre LGP; Mobilização e escolha de intérpretes; Uso de dispositivos eletrónicos e aplicações informáticas; Critérios de escolha das técnicas comunicacionais adequadas	Implicações da surdez para os indivíduos/famílias; Dificuldades vividas pela comunidade surda; Direitos das pessoas surdas	Transmitir e validar informação; Obter o consentimento informado; Compreender o <i>feedback</i> da mulher surda em situações urgentes/emergentes	Gerir sentimentos e pensamentos negativos; Reconhecer as suas limitações e pedir ajuda de colega

SISTEMATIZAÇÃO DOS CONTRIBUTOS DOS EEESMO NA SESSÃO DE DIVULGAÇÃO DO TEMA EM EC		
Estratégias promotoras da melhoria de cuidados		
Recursos facilitadores da comunicação	Desenvolvimento de competências teórico-práticas	Medidas institucionais
Conhecimentos sobre LGP; Pedir recursos materiais facilitadores da comunicação; Saber mobilizar intérpretes das instituições	Formação em serviço de carácter obrigatório; Integração destes conteúdos nos cursos de enfermagem	Criação de grupos de trabalho de referência, cooperantes com as instituições de prestação de cuidados de saúde, garantindo a continuidade dos cuidados

**APÊNDICE VIII – GRELHA DE REGISTO DE INTERAÇÃO COM A MULHER
SURDA**

GRELHA DE REGISTO DE INTERAÇÃO COM A MULHER SURDA	
<i>Conhecer</i>	Dados sociodemográficos: Recursos familiares/sociais: Outros dados:
<i>Estar com</i>	- Em que contexto foram prestados os cuidados? - As necessidades da mulher surda/casal foram identificadas com facilidade? Que dificuldades senti? - Que sentimentos e pensamentos foram surgindo ao longo da interação?
<i>Fazer por</i>	- Que cuidados prestei? - Que estratégias foram facilitadoras da comunicação com a mulher surda? - Que estratégias mobilizei face às dificuldades que foram surgindo?
<i>Possibilitar</i>	- Quais as reações e comportamentos da mulher surda face aos cuidados que prestei? E à escolha das estratégias que mobilizei? - A mulher surda conseguiu exercer a sua autonomia e tomada de decisão na situação?
<i>Manter as crenças</i>	- A mulher surda encontrava-se confiante e confortável face à situação que estava a vivenciar? - A mulher surda demonstrou estar triste, desapontada ou desrespeitada em algum momento? - Esta sugeriu alguma intervenção ou estratégia de melhoria?

**APÊNDICE IX – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS RESPOSTAS DO
QUESTIONÁRIO *GOOGLE FORMS* ÀS MULHERES SURDAS**

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS ÀS MULHERES SURDAS

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO (UR)	INDICADORES	FREQUÊNCIA DAS UR
ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS ADOTADAS PELOS ENFERMEIROS	Comunicação Verbal	“Utilizaram linguagem oral” (P2)	ORALIDADE	6
		“Utilizaram a comunicação verbal e entregaram-me folhetos” (P3)		
		“Foi tão tudo rápido, mas correu tudo bem (...) falaram comigo” (P5)		
		“Normal, oralmente...” (P6)	ESCRITA	1
		“A oralidade” (P7)		
		“Foi utilizado a oralidade e foi o pior...” (P8)	USO DE FOLHETOS	1
		“Escrita (papel ou computador)...” (P9)		
	Comunicação Não-verbal	“Falar calmamente, devagar para eu ler os lábios da enfermeira” (P1)	LEITURA LABIAL	3
		“Acompanhada com o meu companheiro a traduzir” (P4)	INTÉRPRETE	1
		“...faço leitura labial” (P6)		
		“...e por vezes leitura labial (se aceita tirar a máscara)” (P9)		

SUGESTÕES PARA A MELHORIA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	Competências dos enfermeiros	“...falassem mais calmamente, com a cara virada para olharem para a boca da enfermeira a ler leitura labial” (P1)	CONHECIMENTOS EM LGP	5
		“Enfermeira com conhecimentos em LGP” (P4)		
		“Que tenham algum conhecimento dos gestos, da língua gestual” (P5)		
		“...que saibam LGP” (P6)		
		“Era bom que soubessem ao mínimo a língua gestual portuguesa” (P7)		
		“Língua Gestual Portuguesa para ter acesso à comunicação” (P8)	PERSONALIZAÇÃO DA ESCOLHA DAS ESTRATÉGIAS COMUNICACIONAIS	1
		“Aprender a Língua Gestual Portuguesa (com os gestos básicos)...procurar as alternativas para comunicar com surdos (mímica, apontar as coisas, escrita)” (P9)		
	Comportamentos dos enfermeiros	“...foram prestáveis...mas sei que há enfermeiras que não tem a noção de lidar com pessoas surdas, deviam ser mais pacientes” (P1)	MAIOR DISPONIBILIDADE PARA O ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS	1
		“Perguntarem se havia mais dúvidas e os cuidados a ter no pós parto...” (P3)		
		“...não se assustarem quando tentam comunicar surdos...” (P9)	ATITUDES DOS ENFERMEIROS	2

APÊNDICE X – CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE

Eu, Catarina Da Costa Marques, enfermeira e mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e a realizar estágio curricular nesta instituição, pretendo implementar o meu projeto de estágio, denominado: “Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica”.

Este projeto tem como principal objetivo o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comunicacionais, relacionais e éticas no cuidar da mulher surda ao longo do seu ciclo reprodutivo, nos contextos de intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. No âmbito deste projeto, pretendo desenvolver um estudo exploratório e descritivo, cujos objetivos são:

- Conhecer a perceção das mulheres surdas face aos cuidados de enfermagem prestados ao longo do ciclo reprodutivo.
- Conhecer as experiências de cuidar dos/as enfermeiros/as especialistas com mulheres surdas nos vários *settings* onde decorre o estágio com relatório
- Identificar eventuais dificuldades dos enfermeiros/as especialistas na prestação de cuidados à mulher surda.
- Desenvolver estratégias facilitadoras do cuidar da mulher surda.

Neste sentido, está programada a realização de uma sessão de apresentação e reflexão sobre esta temática, eventualmente duas, se necessário, pelo que o/a convido/a a colaborar nessa sessão, participando num *brainstorming inicial* onde partilhe eventuais experiência(s) de cuidados com mulheres surdas. Será sugerido que nomeie uma palavra que caracterize a sua experiência de cuidados e refira duas eventuais dificuldades e duas sugestões de estratégias promotoras da melhoria dos cuidados a estas mulheres.

A sua participação é importante para dar continuidade ao desenvolvimento deste projeto e contribuir para boas práticas de cuidados em saúde materna e obstétrica, às mulheres surdas, ao longo do ciclo reprodutivo.

Os dados recolhidos têm garantia de anonimato e confidencialidade, servindo apenas para fins de investigação. Poderá, a qualquer momento e se o desejar, desistir de participar, pois a sua colaboração é de carácter voluntário, não envolvendo qualquer tipo de contingências face à sua recusa ou eventual desistência. Em qualquer momento estarei disponível para esclarecer eventuais questões relacionadas com este projeto. Agradeço profundamente a sua colaboração.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas. Assim, aceito participar neste projeto, permitindo a utilização dos dados que forneço, de forma voluntária, os quais apenas serão utilizados para os fins a que se destinam, nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram fornecidas.

Lisboa, ____ de _____ de 2022

Assinatura do/a Participante

Assinatura da Investigadora

Contacto da investigadora: catarina.marques@campus.esel.pt

**APÊNDICE XI – GUIA ORIENTADOR PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS À
MULHER SURDA NO ÂMBITO DA CONSULTA DE GINECOLOGIA**

Cuidar da mulher surda no contexto de Consulta Externa de Ginecologia

Aspetos a ter em conta:

- A mulher surda pode ter uma vida sexual ativa.
- Tem maior probabilidade de estar sujeita a situações de abuso ou negligência.
- Tem menor literacia em saúde.
- Tem dificuldade em expor as suas dúvidas e esclarecê-las.
- A comunicação verbal e não verbal eficaz é um componente essencial para a qualidade dos cuidados.
- Estas mulheres irão sentir-se mais confortáveis se a sua participação for incluída e valorizada, acompanhadas de uma comunicação apropriada e respeitosa.

Considerações para a prática do enfermeiro:

- Apesar da cliente poder estar acompanhada por um familiar ou intérprete, o enfermeiro deve interagir sempre com a mulher.
- É pertinente entender se a mulher usa algum aparelho auditivo, uma vez que pode facilitar a comunicação.

Cuidados de enfermagem antes do exame ou procedimento ginecológico:

- A preparação psicológica e emocional da mulher deve ser garantida, para que o procedimento decorra o mais confortável possível.
- Uma consulta de enfermagem prévia ao exame ou procedimento será importante para identificar, junto da mulher surda, quais as estratégias comunicacionais mais adequadas; identificar a necessidade de mobilizar um intérprete com antecedência, ou se esta prefere o acompanhamento de uma pessoa significativa, que assuma o papel de intérprete; informar sobre os passos do procedimento ou exame, bem como o que é expectável que sinta, incluindo os desconfortos; por fim, esclarecer dúvidas que esta possa ter.
- O enfermeiro deve preparar a técnica com antecedência – ter mais tempo reservado para o momento, utilizar uma sala maior, mobilizar um número extra de enfermeiros, se necessário, adaptar o equipamento a utilizar, ponderar a posição da mulher na sala.
- Garantir que o consentimento informado e esclarecido para o exame ou procedimento foi cumprido.

Cuidados de enfermagem durante o exame ou procedimento ginecológico:

- O facto da mulher surda saber que vai ser tocada, bem como o que vai sentir aquando, por exemplo, a entrada do espécuro, toque retal ou da realização de uma colheita de produto para análise, diminui a sua ansiedade e medo durante o procedimento.

- O enfermeiro deve estar atento à presença de dor e desconforto.
- Se o enfermeiro transmitir uma postura de apoio e suporte, é o suficiente, na maior parte das vezes, para que a mulher apresente estas queixas com menos frequência.
- Ao longo do procedimento, implementar medidas que garantam a privacidade e segurança da utente.

Cuidados de enfermagem após o exame ou procedimento ginecológico:

- É importante que o enfermeiro sensibilize a mulher acerca do próximo momento de consulta.
- Também deve promover a segurança em exames ginecológicos futuros, documentando nos seus registos as considerações especiais usadas durante o procedimento.
- Se a mulher surda souber ler língua portuguesa, o enfermeiro pode fornecer panfletos promocionais de saúde.

CONTACTOS ÚTEIS:

Associação Portuguesa dos Surdos: 91 42 47 809 (SMS e Videochamada); 21 355 7244 (chamada)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Sudduth, A. & Linton, D. (2011). Gynecologic Care of Women with Disabilities – Implications for Nurses. *Nursing for Women's Health*. 15 (2), p. 140-147

ALFABETO manual ^c



Copyright © 2009 Associação Portuguesa de Surdos. Todos os direitos reservados

Fonte: <https://apsurdos.org.pt/>

**APÊNDICE XII – FOLHETO SOBRE O ACOLHIMENTO DA MULHER SURDA NO
BLOCO DE PARTOS**



A mulher surda tem o direito a uma vida sexual e reprodutiva segura.

Tem direito à livre escolha. Tem direito ao consentimento informado e esclarecido.

Se necessitar de algum tradutor de Língua Gestual Portuguesa, por favor avise-nos.

Poderá escolher qualquer pessoa para ser o seu acompanhante durante o seu internamento no bloco de partos. A troca de acompanhante poderá ser autorizada conforme avaliação da situação.

A equipa está atenta às suas necessidades e preferências. Algum inconveniente, por favor avise-nos.

Queremos que se sinta confortável e informada.

A equipa agradece o seu voto de confiança por nos ter escolhido para cuidar de si e do seu bebé.

CONTACTOS DE APOIO À GRÁVIDA:

Linha de Apoio à Grávida—consulta externa de

obstetrícia: XXXXXXXXX

Telefone Geral do hospital: XXXXXXXXX



Elaborado por: Catarina Da Costa Marques – N.º 5167

12.º CMESMO | Escola superior de Enfermagem de Lisboa

09 de Julho de 2022



**IMAGEM
REMOVIDA**



**BEM-VINDA AO SERVIÇO
BLOCO DE PARTOS!**



VENHA CONHECER O NOSSO SERVIÇO!

BEM-VINDA! APRESENTAMOS-LHE O NOSSO SERVIÇO!

Olá! Queremos que se sinta confortável e acolhida durante a sua estadia no nosso serviço. Estamos cá para ajudá-la nesta fase da sua vida! Terá uma equipa de médicos/as obstetras, enfermeiros/as parteiros/as e auxiliares a acompanhá-la 24 horas por dia. Estamos à sua disposição!

A entrada
do nosso
serviço!

IMAGEM
REMOVIDA

IMAGEM
REMOVIDA

Esta sala será o local onde irá permanecer durante o trabalho de parto, parto e até 2 horas após o bebé nascer. Se este estiver bem, ficará sempre consigo.

IMAGEM
REMOVIDA

O seu bebé poderá ser colocado nesta mesa se precisar de algum cuidado específico depois de nascer.

Terá uma casa-de-banho só para si. Aqui poderá desfrutar de duchas com água quente que irão ajudar a controlar a dor. Poderá utilizar a bola de pilates dentro e fora do banho.

IMAGEM
REMOVIDA

IMAGEM
REMOVIDA

Poderá ter um acompanhante durante 24 horas por dia.

IMAGEM
REMOVIDA

Caso seja cesariana ("barriga aberta") é transferida para esta sala.

IMAGEM
REMOVIDA

Após a cesariana é transferida para o recobro, onde irá ficar pelo menos 2 horas.

PLANIFICAÇÃO DO FOLHETO

Siglas:

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Público-alvo: mulheres surdas internadas no serviço de BP

Entrega do folheto:

- Primeira consulta de enfermagem (quer em contexto de vigilância de gravidez de alto risco, quer após transferência da mulher surda do centro de saúde para continuação da vigilância de gravidez de baixo risco, após as 36 semanas).
- Momento de admissão da mulher surda no serviço BP.

Objetivo:

- Contribuir para um melhor acolhimento da mulher surda no serviço de BP
- Promover o estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva entre a mulher surda e o EEESMO

Fundamentação:

De acordo com os resultados que obtive na scoping review, a mulher surda identifica o acolhimento como um aspeto fundamental do cuidar dos profissionais de saúde, e que muitas das vezes, é desvalorizado e realizado de forma insatisfatória. Este facto prejudica a relação terapêutica entre a mulher surda e o EEESMO e por sua vez, a implementação de intervenções personalizadas às necessidades específicas da mesma (Costa, Vogt, Ruas, Holzmann & Silva, 2018; Jackson, 2011; Reis, Oliveira & Santos, 2021). Este folheto pretende ser uma ferramenta que minimize os factos supracitados.

Organização do folheto:

- Símbolo internacional da surdez – para que a mulher surda compreenda que este folheto foi elaborado a pensar em si.
- Fotografias do serviço do BP acompanhadas de pequenas frases descritivas.
- Coluna a cor-de-rosa com frases simples/ideias-chave para a mulher surda conhecer as condições disponíveis no serviço, regras da instituição e postura/attitudes da equipa de enfermagem.



**APÊNDICE XIII – QUADRO SÍNTESE SOBRE AS ESTRATÉGIAS
FACILITADORAS DO CUIDAR DO EEESMO**

ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO CUIDAR		
Conhecer	Mulher surda	- Identificar o tipo de diminuição da acuidade auditiva da utente - Conhecer as experiências de cuidados anteriores da mulher surda - Conhecer as preferências da mulher surda na escolha de métodos facilitadores da comunicação.
	Autoconhecimento do enfermeiro	- Reconhecer as suas capacidades na prestação de cuidados à mulher surda - Pedir ajuda à restante equipa multidisciplinar - Referenciar a situação de cuidados para um colega mais competente no cuidar da mulher surda
Estar com	- Adotar uma postura de disponibilidade, sensível à compreensão das necessidades da mulher surda - Demonstrar empatia e respeito pela vivência da mulher surda - Despender mais tempo de prestação de cuidados	
Fazer por	- Prestar cuidados de enfermagem antecipatórios - Utilizar estratégias comunicacionais de acordo com as preferências da mulher surda (comunicação verbal e/ou não verbal; uso de intérprete; uso da tecnologia) - Obter o consentimento informado da mulher surda em todos os momentos de prestação de cuidados, em qualquer contexto, recorrendo à utilização de estratégias comunicacionais	
Possibilitar	- Promover a existência de enfermeiros com conhecimentos de LGP - Integrar os conhecimentos relativos à prestação de cuidados à pessoa surda e LGP nos cursos de licenciatura em enfermagem - Integrar esta temática nas sessões de formação em contexto de trabalho nas instituições de saúde (caráter obrigatório) - Criar grupos de trabalho apoiem os profissionais no terreno na prestação de cuidados de qualidade e, em simultâneo, que orientem as mulheres surdas no acesso aos cuidados de saúde, bem como na aquisição de apoios sociais - Recorrer a instituições sociais de apoio à pessoa surda para esclarecimento de dúvidas	



Manter as crenças	Promoção de experiências de cuidados positivas para a mulher surda Promoção da qualidade dos cuidados prestados pelos EEESMO
-------------------	---

ANEXOS

**ANEXO I – TABELA SÍNTESE DE EXPERIÊNCIAS PARA CUMPRIMENTO DA LEI
Nº25/2014, DE 2 DE MAIO, PONTO 5.1-B DO ANEXO II**

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

- | | |
|---|------------|
| 1. Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family counselling and health promotion | <u>11</u> |
| 2. Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant woman | |
| • Exames Pré-Natais/Prenatal Examinations (100) | <u>125</u> |
| 3. Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor. | |
| • Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40) | <u>41</u> |
| • Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries | <u>1</u> |
| • Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiple births | <u>0</u> |
| • Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births | <u>10</u> |
| • Episiotomia/Episiotomy | <u>8</u> |
| • Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy | <u>29</u> |
| 4. Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at risk | |
| • Gravidez/Pregnancy (40) | <u>450</u> |
| • Trabalho de parto/Labor | <u>50</u> |
| • Puerpério/Puerperium | <u>6</u> |
| 5. Vigilância e cuidados à puérpera saudáveis/Supervision and care to the women in the postnatal period (100) | <u>102</u> |
| 6. Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudáveis/Supervision and care to the healthy new-born (100) | <u>102</u> |
| 7. Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/ Supervision and care to the new-born in need of special care | <u>7</u> |
| 8. Vigilância e prestação de cuidados à mulher com patologia ginecológica/Supervision and care to the women with gynaecological pathology | <u>46</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 colposcopy* 3

10. Prática Simulada/*Simulated practice*

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

Lisboa, 14 / 03 / 2023

Estudante/*Student*

Isabel de Jesus Henriques

Docente/*Teacher*

Coordenador do Curso/*The Course Coordinator*

Adelaide Teixeira

M.ª Anabela Ferreira dos Santos

**ANEXO II – CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DO CURSO DE SENSIBILIZAÇÃO
DE LGP DA APS**

Língua Gestual Portuguesa

Certifica-se que,

Catarina da Costa Marques

participou no Curso de verão que tem como objetivo a familiarização com a Língua Gestual Portuguesa, que decorreu de 14 a 29 de setembro de 2021, com a duração de 30 horas.

Este curso não confere nível de conhecimentos, apenas visa uma familiarização com a Língua Gestual Portuguesa.

O Presidente
Associação Portuguesa de Surdos



Pedro Mourão



Rua Professor Orlando Ribeiro, 5B | 1600-796 Lisboa
apsurdos.org.pt | f/apsurdos | @apsurdos



CURSO de
VERÃO

**ANEXO III – APROVAÇÃO DO PROCESSO Nº 1051/2022/CE PELA COMISSÃO
DE ÉTICA DA ESEL**



DE: Comissão de Ética da ESEL

PARA: Exmo. Sr. Presidente da ESEL, Professor João Santos

Assunto: Pedido da mestranda Catarina da Costa Marques, para apreciação do projeto **"Cuidar da mulher surda: desafios para a enfermagem de saúde materna e obstétrica"**

Processo Nº: 1051/2022/CE

Data 21 de abril de 2022

Da análise efetuada ao material enviado a CE considerou que as questões com implicações éticas foram esclarecidas

Da decisão da CE:

A Comissão de Ética é de parecer que o projeto tem interesse para o desenvolvimento da área de conhecimento e que reúne as condições para ser aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : MARIA ANTÓNIA MIRANDA
REBELO BOTELHO ALFARO VELEZ
Num. de Identificação: 04585273
Data: 2022.04.26 09:50+01'00'



(Prof.ª Coordenadora Maria Antónia Rebelo Botelho)