



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

Relatório de Estágio

**Cuidados Inclusivos à Mulher Surda na Sala de Partos:
Um Desafio à Intervenção do EE ESMO**

Verónica Soares Sousa

Lisboa

2019





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

Relatório de Estágio

**Cuidados Inclusivos à Mulher Surda na Sala de Partos:
Um Desafio à Intervenção do EE ESMO**

Verónica Soares Sousa

**Orientadora: Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de
Oliveira**

**Lisboa
2019**



AGRADEÇO...

A todas as pessoas que me acompanharam, apoiaram e motivaram
ao longo deste percurso académico.

Em especial:

Ao Pedro, companheiro de todas as horas,
pai incansável, principalmente nestes momentos,
repleto de paciência e de carinho,

À Enf^a Gracinda, pelos conhecimentos partilhados,
pela paciência demonstrada na orientação das minhas práticas
de cuidados especializados e pela confiança depositada em mim.

À. Prof^a. Madalena, pelo apoio, orientação e motivação transmitida,
para que esta meta fosse alcançada.

O meu sincero obrigada!

DEDICO...

A todas as mulheres/casais a quem prestei cuidados de saúde especializados ao longo dos vários ensinamentos clínicos.

A todas as mulheres/casais surdos que venham um dia a usufruir de cuidados de enfermagem especializados com um olhar inclusivo.

À minha filha Alice, que me motiva todos os dias para que eu seja melhor pessoa e melhor enfermeira.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCF	Auscultação dos Batimentos Cardio Fetais
APEO	Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras
BP	Bloco de Partos
CINAHL	Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CMESMO	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
DAM	Deficiência Auditiva Moderada
EE ESMO	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
EE ESMOG	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, obstétrica e Ginecológica
EE	Enfermeiro Especialista
EC	Ensino Clínico
ER	Estágio com Relatório
EOC	Enfermeira Orientadora Clínica
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
FPAS	Federação Portuguesa das Associações de Surdos
INE	Instituto Nacional de Estatística
ICM	International Confederation of Midwives
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
Nº	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pág.	Página
Para.	Parágrafo
Prof.^a	Professora
PNVGBR	Programa Nacional De Vigilância De Gravidez De Baixo Risco
URCI	Unidade de Recobro e Cuidados Intermédios
WFD	World Federation of the Deaf

RESUMO

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (2009), refere que os Estados-Membros devem desenvolver todas as medidas necessárias que garantam, às pessoas com deficiência, o acesso à mesma gama de serviços de qualidade e a programas de saúde, incluindo na área da Saúde Sexual e Reprodutiva, dirigidos à população geral. Assim, é exigido aos profissionais de saúde a prestação de cuidados a estas pessoas, com a mesma qualidade e dignidade que aos demais, com base no consentimento livre e informado. A inclusão das pessoas com deficiência assume-se, como uma das prioridades da ação governativa. Também o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR) salienta que os cuidados de saúde devem ser inclusivos, de modo a englobarem “pessoas com necessidades especiais” (Direção Geral de Saúde, 2015, p. 19). Porém, são escassos os estudos relacionados com os cuidados de enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, dirigidos a mulheres surdas, mas a evidência disponível aponta para uma grande lacuna mundial no acesso à informação e educação em saúde e aos cuidados dirigidos à comunidade surda.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE ESMO) em uma vasta área de atuação junto da mulher ao longo do seu ciclo sexual e reprodutivo. Desta forma, é importante saber que desafios são colocados à sua intervenção e como são promovidos os cuidados inclusivos para as mulheres surdas na sala de partos.

Foi feita uma análise crítica e reflexiva das competências gerais e específicas do EEESMO, desenvolvidas durante o percurso do Ensino Clínico “Estágio com Relatório”, no âmbito do 6º Curso de Mestrado na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO). Recorreu-se à revisão da literatura e a uma prática reflexiva, baseada na evidência.

Revelou-se necessária a criação de condições para uma comunicação precisa, como a utilização de uma língua adaptada às pessoas surdas, evidenciando a importância da inclusão da aprendizagem dessa língua na formação académica dos profissionais de saúde.

É imprescindível a sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EE ESMO, para o desenvolvimento de estratégias que promovam os cuidados inclusivos às mulheres surdas, nos vários contextos da área, a fim de minimizar riscos e promover a sua saúde sexual e reprodutiva.

Palavras chave Grávida; Surdez; Parteira; Cuidados inclusivos

ABSTRACT

The (2009) United Nations Disabled people convention states that its members should develop all the necessary measures to grant disabled people the access to the same scale of quality and type of healthcare programs and services, including the area of sexual and reproductive health available to the general population.

It also requires healthcare professionals to apply healthcare procedures to disabled people with the same quality and dignity as they are applied to general population in a consented and informed way. Therefore, the inclusion of disabled people is assumed as one of the great priorities of governmental action. The National Program of Low Risk Pregnancy Surveillance, indicates that “healthcare procedures should widened in a way that makes them incorporative to the people with special needs” (DGS, 015, p. 19), Studies related with inclusive healthcare to deaf women, as well as healthcare procedures rendered by midwifery nurses, are meager. Evidence shows that there is a big worldwide gap on the access to healthcare information and education, as well as procedures, for the deaf population.

Midwifery nurses have a wide area of action concerning women and its sexual and reproductive cycle. So it is important to know what are the challenges demanded to midwifery’s intervention, in order to promote inclusive care to deaf women in delivery rooms.

Reflective and critical evaluation was done to the general and specific skills of midwifery developed during the clinical teaching within the scope of the 6th master’s degree course in Maternal and Obstetrical Health Nursing. Literature review, a reflective and evidence-based practice were used.

It was proven necessary to create conditions for a precise communication, such as the use of a deaf adapted language, highlighting the importance of the inclusion of the learning of such language in the academic training of healthcare professionals. It is crucial to promote healthcare professionals sensitization, mainly on midwifery nurses, on what the strategies used for the inclusive care to deaf women in many contexts of the area are concerned, so that a healthy sexual and reproductive health can be promoted and risks minimized.

Keywords: *Pregnant; Deafness; Midwife; Inclusive Care.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1. Sobre o tema	13
1.2. A surdez	16
1.3. Cuidados inclusivos	20
1.4. Quadro de Referência – Jean Watson	22
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	26
2.1. Revisão da literatura	26
2.2. Prática reflexiva baseada na evidência	31
3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	32
3.1. Contexto do Ensino clínico	32
3.2. Análise das competências e atividades desenvolvidas	34
3.2.1 O EE ESMO - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	35
3.2.2 O EE ESMO - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e período pós-natal	37
3.2.3 Os cuidados inclusivos à mulher surda na sala de partos.....	43
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
5. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	51
6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Classificação do Grau da Perda Auditiva	17
Tabela 2. Fatores de cuidados de <i>Jean Watson</i> aplicados à prática do EE ESMO	22
Tabela 3. Conjugação dos termos com operadores booleanos – Base de dados <i>Medline</i> . Pesquisa de 2017	27
Tabela 4 Conjugação dos termos com operadores booleanos - Base dados <i>CINAHL</i> . Pesquisa de 2017	28
Tabela 5 Conjugação dos termos com operadores booleanos - Base dados <i>CINAHL</i> . Pesquisa de 2018	28
Tabela 6 Conjugação dos termos com operadores booleanos - Base dados <i>Academic Search Complet</i> . Pesquisa de 2018	29
Tabela 7 Conjugação dos termos com operadores booleanos. Base de dados <i>Google académico</i> . Pesquisa de 2018	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Número de pessoas que “não conseguem efetuar a ação - ouvir”, Residentes Portugal.....	15
--	----

ÍNDICE DE IMAGEM

Figura 1 Fluxograma da revisão da literatura	30
---	----

APÊNDICES

Apêndice I Artigos selecionados e respetiva extração de dados	62
Apêndice II Registo de Interação.....	66
Apêndice III Consentimento informados pela FPAS	68

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Estágio com Relatório inserido no 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este estágio decorreu num Serviço de Urgência obstétrica e Bloco de Partos situado em Lisboa, no período compreendido entre 06 de outubro 2016 e 18 de fevereiro de 2017 num total de 750 horas, sendo 500 de estágio, 24 horas de orientação tutorial e as restantes horas de trabalho autónomo.

Este relatório, pretende descrever e analisar o percurso e as competências desenvolvidas ao longo deste curso, com especial enfoque nos cuidados inclusivos à mulher surda na sala de partos e respetivos desafios colocados ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EE ESMO).

Os objetivos delineados para este EC visaram:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados à mulher/recém-nascido recém-nascido (RN)/família durante o trabalho de parto (TP), otimizando a sua saúde e apoiando o processo de transição para a parentalidade, como consagrado pela Ordem dos Enfermeiros (2011)¹, e no *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*, elaborado pela ICM (2010).
- Contribuir para uma prática de cuidados inclusivos à mulher surda internada na sala de partos.

A escolha deste tema está relacionada com a reflexão crítica que me acompanha desde a frequência do Curso de licenciatura de enfermagem, após ter prestado cuidados de enfermagem a uma utente surda. Percebi que existia uma dificuldade bilateral na comunicação e que essa se traduzia num obstáculo para mim, enquanto enfermeira, pois senti dificuldades na avaliação das necessidades individuais da utente. Por outro lado, para a utente a dificuldade centrou-se na forma de expressar as suas necessidades, o que me levou a refletir nos cuidados de enfermagem, para este tipo de população.

De forma a minimizar as dificuldades sentidas, realizei um curso de Língua Gestual Portuguesa (LGP)² - nível de iniciação, na Associação Portuguesa de Surdos (APS)³. Foi

¹ Regulamento n.º 127/2011 publicado em Diário da República, 2ª série n.º 35 de 18 de fevereiro de 2011

² LGP – é a língua gestual através da qual grande parte da comunidade surda, em Portugal, comunica. É processada através de gestos e a captação é visual.

³ APS - Associação de surdos mais antiga do país, fundada a 1958. É uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos, de âmbito nacional. Foi pioneira na formação em Língua Gestual Portuguesa (LGP) tanto para a sociedade em geral, como para a profissionalização de formadores surdos e de intérpretes.

durante a frequência deste curso que tive contato com a comunidade surda. Assim, pude perceber melhor as dificuldades sentidas por estes utentes, quando necessitam de cuidados de saúde. Acredito também, que todas as experiências multiculturais que tive ao longo da minha vida profissional influenciaram também a escolha deste tema. Vivi a dificuldade de conceber e adotar estratégias para conseguir prestar cuidados de enfermagem, que respondessem, com qualidade, às necessidades de utentes com culturas diferentes (paquistanesas, afegãs, russas, cabo verdianas, italianas, americanas), assim como em trabalhar com equipas de saúde multiculturais, (francesas, italianas, búlgaras, espanholas, alemãs).

Durante o CMESMO, percebi que a intervenção do EE ESMO, com enfoque no cuidado à mulher ao longo da sua vida sexual e reprodutiva, exige dos enfermeiros especialistas nesta área competências específicas, das quais destaco as seguintes:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica
- Cuidar as mulheres em idade fértil, inseridas na comunidade (OE, 2011).

Iniciei dessa forma o processo de perceção da extensão e da responsabilidade dos cuidados prestados pelo EE ESMO e questioneimei-me sobre como prestar cuidados específicos de saúde materna e obstetrícia às utentes surdas. Assim surgiu o meu interesse sobre os cuidados inclusivos à mulher surda na sala de partos.

O tema foi desenvolvido ao longo do CMESMO, alicerçado em evidência científica atual, nas minhas experiências durante a prestação de cuidados especializados ao longo do percurso dos vários ensinamentos clínicos, com especial expressão no E.C Estágio com Relatório (o maior e último deste curso).

De forma a mobilizar a teoria na prática da enfermagem, como ciência Humana, optei pelo quadro de referência de Jean Watson, pois este centra-se no “compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e num interesse pela saúde de indivíduos e de grupos” (Watson, 2002, p. 30).

Para orientar a leitura deste documento, este foi estruturado em sete capítulos:

No primeiro capítulo, justifica-se a temática escolhida, exploram-se os conceitos subjacentes ao tema e aborda-se a filosofia de cuidados do Modelo de Jean Watson.

No capítulo dois, apresentam-se as opções metodológicas que permitiram o alcance dos objetivos delineados.

No capítulo três, é feita uma análise reflexiva do percurso de aprendizagem e das competências como futura EE ESMO.

No capítulo quatro, enunciam-se as considerações éticas atendidas durante o desenvolvimento do projeto, durante o Ensino Clínico e na elaboração do presente relatório.

No capítulo cinco, são descritas as limitações com que fui confrontada.

No capítulo seis, são referidos alguns contributos para a prática, fruto do trabalho desenvolvido.

No Capítulo sete, tecem-se algumas considerações finais, em forma de conclusão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No decurso da fase conceptual “devem ser abordados conceitos, formuladas ideias e recolhidas informações sobre um tema preciso” (Fortin, 2009, p. 49). Assim, neste capítulo será apresentada a pertinência do tema através da apresentação de uma revisão inicial da literatura e dos conceitos que emergem do tema.

1.1. Sobre o Tema

Segundo a World Federation of the Deaf⁴ (WFD, 2018), existe uma grande lacuna mundial no acesso à informação da saúde e aos cuidados de saúde para a população surda, sendo este um direito humano básico. Refere ainda a necessidade de uma comunicação precisa, como a utilização de uma língua adaptada aos surdos, evidência também, a importância da inclusão da aprendizagem dessa língua na formação académica dos profissionais de saúde. O Artigo 25º da Convenção Sobre Os Direitos Das Pessoas Com Deficiência no âmbito das Nações Unidas, refere-se à acessibilidade à saúde. Este, determina que “os Estados Membros, devem prover todas as medidas apropriadas para garantir o acesso às pessoas com deficiências aos serviços de saúde”, nomeadamente, “provisionar a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde (...), incluindo na área de saúde sexual e reprodutiva (...), dirigidos à população geral” (DGS, 2017, pag. 12). Ainda no mesmo artigo, encontramos a exigência aos profissionais de saúde da prestação de cuidados a estas pessoas, com a mesma qualidade que às demais, com base nos pressupostos éticos, nomeadamente o consentimento livre e informado

Já, o XXI Governo Constitucional assumiu a “inclusão das pessoas com deficiências como uma das prioridades da acção governativa e enquanto corolário de uma sociedade mais justa, mais solidaria, que respeita a diversidade” (Diário da República, 2017, p. 5600)⁵. Este define Pessoa com deficiência, aquela que a “deficiência, perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, causadoras de dificuldades susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, limita ou dificulta a actividade e a participação na sociedade em condições de igualdade com as demais pessoas”. (D.R., 2017, p. 5600).

⁴ WFD - Organização internacional não-governamental, sem fins lucrativos que representa, aproximadamente 70 milhões de pessoas surdas em 127 países, do mundo. Foi estabelecida em Roma, em 1951.

⁵ Lei nº 126-A/2017 de 6 de outubro. Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Diário da República, Série I nº 193 de 06 de outubro de 2017

Perante o exposto, entenda-se Pessoas Surdas designadas também como, pessoas com deficiência, as quais devem ter acesso a cuidados de saúde inclusivos.

Um dos desafios à prática dos profissionais de saúde reconhecidos no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR, 2015), é a compreensão da língua e as suas barreiras, estas, “podem aumentar o risco da não vigilância da gravidez ou de algumas patologias”. (DGS, 2015, p.14). Também Hauser, reconhece que as pessoas surdas têm mais probabilidades de experienciar determinadas patologias (até sete vezes mais), o que aponta para disparidades significativas no acesso aos cuidados de saúde (WFD, 2018).

Estes dados remetem-nos para a responsabilidade profissional, ética e legal do Enfermeiro Especialista (EE), o qual possui competências no âmbito da promoção das práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma “visão holística ao longo do ciclo de vida reprodutiva da pessoa” (DGS, 2015, p.11). Os cuidados nesta área são abrangentes e englobam a contraceção, planeamento da gravidez, apoio ao casal com dificuldade em conseguir uma gravidez, vigilância pré-natal, parto, puerpério, acesso a serviços seguros de interrupção da gravidez e os cuidados de enfermagem em ginecologia. Assim, a promoção de cuidados específicos numa destas sub áreas traduzem-se em ganhos em saúde, potenciando ganhos nas restantes vertentes (DGS, 2015).

O EE ESMO, com as suas competências no cuidar da mulher inserida na família e comunidade ao longo do seu ciclo vital, tem um papel privilegiado e de grande responsabilidade. Este deve compreender o universo de representações e de práticas culturais, que podem interferir na imagética da maternidade, a qual tem vindo a mudar ao longo dos tempos, fruto das mudanças sociais. Para Canavarro (2001), o processo da gravidez, revela-se deveras importante e marcante na vida de um casal, inserido numa determinada cultura. A gravidez é também um processo vivencial, físico, psicológico e sociológico, que cruza diversos fatores, individuais, grupais e transgeracionais, com a presença de diversas emoções. Assim, os cuidados nesta área constituem oportunidades. de educar para a saúde e as intervenções nesta área são fulcrais para identificar situações de risco e agir precocemente sobre estas, investindo-se na “modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar” (DGS, 2015, p. 12).

No PNVGBR da Direção Geral de Saúde (2015), salienta-se que a Educação é um dos objetivos a concretizar e também um fator essencial para a Saúde Sexual e Reprodutiva de qualidade. Neste sentido, os cuidados devem “ser alargados de modo a que sejam inclusivos,

abrangendo (quando for esse o caso) o pai, ou outras pessoas significativas, bem como a diversidade sociocultural e as pessoas com necessidades especiais” (DGS, 2015 p. 19).

Segundo a estimativa do Instituto Nacional de Estatística (INE) 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 (Gráfico 1). Estes números revelam-se importantes no sentido em que todas estas mulheres e homens em alguma vez ao longo das várias fases da sua vida poderão ser alvo de cuidados de saúde. Fontes da Federação Portuguesa das Associações de Surdos⁶ (FPAS), referem que estes números podem ser irrealistas, aumentando-os até 30 000 pessoas com deficiência auditiva.

Gráfico. 1. – Nº de pessoas que “não conseguem efectuar a acção – ouvir”, residentes em Portugal



Fonte: INE - Censos 2011, dados revistos a 2018.

⁶ FPAS - Representante máxima da Comunidade Surda Portuguesa, perante as Entidades Governamentais. Apoia e coordena as acções das Associações filiadas relativamente a entidades públicas e privadas, representando os seus interesses e direitos, de levar a cabo serviços e iniciativas de interesse para toda a Comunidade Surda e de promover o desenvolvimento e cooperação das Associações de Surdos.

1.2. A surdez

Para melhor entendermos a surdez, comecemos por definir o que é a audição. Esta é a “capacidade do ouvido captar o som por meio de ondas sonoras e transformá-las em impulsos elétrico que são conduzidos até ao cérebro para serem decodificados” (Pires, 2008, p.41). O mesmo autor vê a surdez como a “ausência ou diminuição” deste sentido tão elementar - a audição.

Para Preedy (2010), a surdez é definida por perda auditiva parcial ou completa. Os níveis de deficiência auditiva variam de uma leve, mas importante perda de sensibilidade a uma perda total da audição. Afirma ainda, que um número substancial de deficiências auditivas é causado por fatores ambientais, como ruído, drogas e toxinas enquanto que as perdas auditivas neurossensoriais resultam de uma predisposição genética.

Na literatura é recorrente encontrar o conceito de deficiência auditiva aliado a pessoa surda. Assim mostra-se importante referir que a deficiência é quando “existe problemas nas funções ou na estrutura do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda. As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas” (OMS, 2004, pp. 13:15),2012.

2012?Deficiência auditiva genericamente é considerada como a diferença existente entre a performance do indivíduo e a habilidade normal para a detecção sonora de acordo com padrões estabelecidos, refere a ASP (2003).

Os níveis de limiares de audição utilizados para caracterizar os graus de severidade da deficiência auditiva diferem consoante o autor, assim optei como referência, a classificação da World Health Organization (WHO, 2012). Na tabela que se segue (tabela 1) podem ser observados os graus de severidade da perda auditiva.

Tabela 1: Classificação do Grau da Perda Auditiva

Grau de perda auditiva	Média entre as frequências 500, 1K,2K,4Khz (adulto)	Desempenho
Audição normal	0 - 25 db	Nenhuma ou pequena dificuldade, capaz de ouvir sussurros.
Leve	26 - 40 db	Capaz de ouvir e repetir palavras em volume normal a um metro de distância.
Moderada	41 - 60 db	Capaz de ouvir e repetir palavras a volume elevado a um metro de distância.
Severo	61 - 80 db	Capaz de ouvir palavras em voz gritada próxima ao melhor ouvido.
Profundo	> 81 db	Incapaz de ouvir e atender mesmo em voz gritada no melhor ouvido.

Fonte: WHO, (2012, p. 8) - Community-Based Rehabilitation: Promoting Ear and Hearing Care through CBR– Adaptada e traduzida.

Perante o exposto, analisamos que é correto a utilização do conceito surdez, deficiência auditiva ou perda auditiva, variando no seu grau de severidade. Porém, após a observação da tabela 1, podemos anuir que, quando falamos em perda auditiva profunda ou grau de deficiência auditiva profunda estamos a referir-mo-nos às pessoas surdas uma vez que no seu desempenho são incapazes de ouvir e entender mesmo em voz gritada no melhor ouvido, de acordo com o Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da DGS (2004).

Através da ASP (2003), podemos encontrar textos que referem a existência de causas de deficiência auditiva condutiva e sensorio-neural, sendo as primeiras devido a:

- “cerume ou corpos estranhos do conduto auditivo externo;
- otite externa: infecção bacteriana da pele do conduto auditivo externo;
- otite média; otite média secretora; otite média aguda; otite média crónica supurada e otite média crónica colesteatomatosa;
- estenose ou atresia do conduto auditivo externo. A Atresia é geralmente uma malformação congénita e a estenose pode ser congênita ou ocorrer por trauma, agressão cirúrgica ou infecções graves;
- meningite bolhosa por acúmulo de fluido entre as camadas da membrana timpânica, em geral associado a infecções das vias respiratórias superiores;
- perfurações da membrana timpânica: podem ocorrer por traumas externos, variações bruscas da pressão atmosférica ou otite média crónica supurada” (para. 5).

Já a deficiência sensório-neural pode ser de causas pré-natais e perinatais:

- “origem hereditárias (surdez herdada monogênica, que pode ser uma surdez isolada do ouvido interno por mecanismo recessivo);
- surdez associada a alterações cromossômicas;

Origem não hereditárias (causas exógenas), que podem ser:

- infecções maternas por rubéola, citomegalovírus, sífilis, herpes, toxoplasmose;
- drogas ototóxicas;
- alcoolismo materno;
- exposições maternas a radiações fortes;
- toxemia;
- diabetes e outras doenças maternas graves.
- prematuridade e/ou baixo peso ao nascimento;
- trauma de Parto - Fator traumático / Fator anóxico;
- doença hemolítica do recém-nascido.

Causas pós-natais:

- infecções - meningite, encefalite, parotidite epidémica, sarampo;
- drogas ototóxicas;
- perda auditiva induzida por ruído;
- traumas físicos que afetam o osso temporal” (para. 6).

A WHO (2012), considera que as pessoas surdas integram o grupo de pessoas com deficiência, assim como as pessoas com impedimentos físicos, sensoriais ou intelectuais. A deficiência auditiva é considerada como uma construção social. Assim deparamo-nos com uma diferença linguística, que origina a constituição de um grupo social, chamado de *Deaf-World* ou *Deaf-Culture*.

Pesquisas apresentadas pela WFD, mostram que indivíduos surdos “adquirirem até sete vezes mais, determinadas doenças, como, por exemplo: cardiovasculares, hipertensão arterial (HTA), diabetes, devido à ausência e a lacunas de conhecimento em saúde preventiva”. Esse défice de conhecimentos deve-se, em parte, aos “padrões mais baixos ou à falta de educação para surdos, à perda de oportunidades acidentais de aprendizagem e ao isolamento” (WFD, 2018, para. 5:9). A mesma fonte também reforça o facto do processo de educação para a saúde começar no nascimento. Assim, se os bebés e as crianças surdas forem privadas da língua, a ausência da mesma reflete-se na sua educação em saúde, a qual afeta diretamente o

conhecimento em saúde e a alfabetização. Afirma ainda, existirem “vários exemplos da falta de acesso às informações de saúde e cuidados de saúde para surdos”, tratando-se de “violações severas dos direitos humanos quando os indivíduos surdos são hospitalizados sem intérpretes” (WFD, 2018, para.6).

A cada dia 3 de março é celebrado o dia mundial da audição, assim em cada ano a *World Health Organization* (WHO), apresenta um relatório sobre os indicadores mais relevante sobre a audição, ou perda dela. Em 2017, apelou-se à necessidade de agir contra a perda de audição, indicando que esta afeta milhões de pessoas no mundo com impacto na comunicação, educação, emprego, relações sociais e emocionais assim como económicas. Nesse relatório, é reforçada a ideia da WFD, ao referir que, o impacto na comunicação observa-se desde muito cedo, pois as crianças que não possuem audição, são incapazes de desenvolver a linguagem oral, assim como nas crianças com perda de audição (mas que podem ouvir) pode ser observado um atraso no desenvolvimento da linguagem. Na educação, assiste-se a uma maior taxa de insucesso escolar e maior necessidade de apoios educativos para as crianças com perda auditiva não identificada. No emprego, verifica-se que adultos com perda de auditiva têm maior taxa de desemprego, os que estão empregados, por vezes têm salários mais baixos e reformam-se mais cedo que a população geral. Em relação ao impacto social e emocional, verifica-se que a exclusão da comunicação oral pode ser significativa no dia-a-dia, causando solidão, isolamento e frustração, também as pessoas idosas com perda auditiva, têm associado ao declínio cognitivo precoce. Esta ideia é reforçada se tivermos em consideração que o a nossa relação com o mundo exterior se proporciona através das sensações dos órgãos dos sentidos, como a audição, ofato, visão, paladar e tato (Rodrigues, 2000).

Nunes (2001) refere que a comunidade Surda acredita que a sociedade deve considerar como válidos outros métodos de comunicação para além da oralidade. A LGP ficou duplamente reconhecida na constituição: enquanto expressão cultural e como instrumento que permite a muitos cidadãos aceder à educação, assim como a uma efectiva igualdade de oportunidades num contexto social. No Diário da república (1997)⁷, é referido que se deve “Proteger e valorizar a língua gestual portuguesa, enquanto expressão cultural e instrumento de acesso à educação e da igualdade de oportunidades” (D. R., 1997, p. 25).

De acordo com a APS (2003), às pessoas surdas recai a tarefa de “difundir os valores subjacentes à sua identidade cultural e elucidar os elementos quanto aos seus direitos e meios

⁷ Lei Constitucional n.º 1/97. Diário da República n.º 218/1997, Série I-A de 1997-09-20, artº 74 – alínea h).

alternativos à utilização de dispositivos médicos para reabilitar a pessoa surda” (APS, 2003, para. 3).

1.3. Cuidados inclusivos

Pode-se definir Inclusão como “um movimento educacional, social e político que vem defender o direito de todos os indivíduos participarem, de uma forma consciente e responsável na sociedade de que fazem parte e desta forma serem aceites e respeitados naquilo que os diferencia dos outros” (Freire, 2008, p. 5).

Segundo Watson (2002), cuidar requer conhecimentos, valores humanos e compromisso para cuidar, onde as respostas humanas se conjugam e aliam ao conhecimento quer do processo, quer da capacidade e limitações para negociar.

Compreender o conceito de cuidados inclusivos remeteu-me ao entendimento do processo de inclusão social ao longo da História. Este processo distinguiu-se em quatro momentos: a exclusão, a segregação, a integração e a actual inclusão derivada da criação de uma Convenção sobre Direitos Humanos no início deste século. Esta, foi o ponto de partida para reconhecer o conjunto das diversas barreiras enfrentadas e de garantir eficazmente os direitos das pessoas com deficiência (sobre a necessidade de garantir efectivamente o respeito pela integridade, dignidade e liberdade individual das pessoas com deficiência, assim como de reforçar a proibição da discriminação destes cidadãos). Através da Convenção sobre Direitos Humanos foi criado um sistema de monitorização internacional da aplicação dos Direitos Humanos - O Comité dos Direitos das Pessoas com Deficiência, no âmbito das Nações Unidas em 2006, rectificado em 2008.

Neste contexto é pedido aos Estados Membros que identifiquem e eliminem obstáculos e barreiras quanto à acessibilidade, nomeadamente no domínio da saúde.

Assim a Comissão da Organização das Nações Unidas (ONU, 2008), recomenda a Portugal, que tome todas as medidas necessárias que possam garantir o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, das quais saliento:

- providenciar às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos ou a preços acessíveis iguais aos prestados às demais, incluindo na área da saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde pública dirigidos à população em geral;

- providenciar os serviços de saúde necessários às pessoas com deficiência, especialmente devido à sua deficiência, incluindo a deteção e intervenção atempada, sempre que apropriado, e os serviços destinados a minimizar e prevenir outras deficiências;
- providenciar os referidos cuidados de saúde tão próximo quanto possível das suas comunidades;
- exigir aos profissionais de saúde a prestação de cuidados às pessoas com deficiência, a mesma qualidade dos dispensados às demais, com base no consentimento livre e informado, inter alia da sensibilização para os direitos humanos, dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com deficiência através da formação e promulgação de normas deontológicas para o sector público e privado da saúde;
- prevenir a recusa discriminatória de cuidados ou serviços de saúde, com base na deficiência

Perante o referido, o conceito de cuidados inclusivos poderá ser entendido como o processo no qual o profissional visa atuar de forma a responder às necessidades de cada pessoa de forma distinta, mas com a mesma qualidade que aos demais. Desta forma, pressupõe-se que o cuidado inclusivo seja interativo, que valorize a liberdade, a sensibilidade, auxilie a participação do outro no processo de cuidar, fortaleça o carácter humano em cada acção.

1.4. Quadro de Referência de *Jean Watson*

Atualmente no mundo da enfermagem, reconhece-se cada vez mais a importância dos trabalhos dos teóricos, como: as filosofias, os modelos conceituais e as teorias para a prática de enfermagem. Estas para além de fazerem representar a enfermagem enquanto disciplina no seu desenvolvimento, também contribuem para promover o pensamento crítico para a prática de enfermagem, assim como melhorá-la, refere Tomey A. M., Aligood, M. R (2004).

Assim, como pano de fundo para a minha prática profissional optei pela filosofia e ciência do cuidar de *Jean Watson*, devido ao seu “ideal moral, que provê proteger, melhorar e preservar a dignidade humana” (Watson, 2002, p. 5).

A autora, propôs uma filosofia e uma ciência de cuidados na tentativa de reduzir a dicotomia entre a teoria e a prática. Como tal identificou 10 fatores de cuidados, sendo os três primeiros o alicerce para a filosofia da ciência do cuidar.

Estes serão ilustrados na tabela 2, onde são apresentados os factores de cuidados de Jean Watson, a sua descrição e como poderam ser aplicado na prática do EE ESMO.

Tabela 2: Fatores de cuidados de Jean Watson aplicados à prática do EE ESMO.

10 Fatores de cuidados	Descrição e aplicação na prática do EE ESMO
Formação de um sistema de valores humanista-altruista	Os valores humanistas e altruistas são aprendidos cedo na vida, mas podem ser bastante influenciados pela educação para a saúde em enfermagem Cuidar reflete os valores pessoais de quem cuida e de quem é cuidado. Para que a relação de cuidar seja efetiva é necessário que o EE ESMO conheça e respeite o sistema de valores individuais de cada a mulher/família com as suas particularidades e diferenças.
Instilação da esperança	Refere-se ao desempenho do enfermeiro no desenvolvimento das inter-relações. EE ESMO-mulher/família e na promoção do bem-estar ajudando-os a adoptar comportamentos em prol da saúde. Não pode ser ignorada a motivação/esperança no cuidado e no processo de cura. Promover a esperança é acreditar e fazer crer na possibilidade de mudança, de gerar motivação, promover o desenvolvimento das suas forças e capacidades interiores favorecendo o bem-estar. É indispensável a motivação para todo o TP, este muitas vezes é moroso e cansativo, a mulher facilmente entra em desespero.
Cultivo da sensibilidade perante si mesmo e os outros	Quando reconhecemos e usamos a nossa sensibilidade, promovemos o autodesenvolvimento e a auto-realização. O EE ESMO pode encorajar o mesmo processo nas mulheres/famílias e contribuir para que se sintam compreendidas, aceites e capazes de um empowerment ao longo da gravidez e do TP.
Desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança	Para o cuidar transpessoal é imprescindível a criação de uma relação de confiança entre o EE ESMO e mulher/família. Aqui, é considerado o processo do TP, onde o EE ESMO deve demonstrar disponibilidade, compreensão e calor humano não possessivo através de uma postura aberta e descontraída com expressões faciais coerentes com outras comunicações. Considerar as expectativas/propostas/desejos para o TP isenta de juízos.

<p>Promoção/aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos</p>	<p>A partilha de sentimentos é considerada como uma experiência de risco quer para o cuidador como para o ser cuidado. O EE ESMO deve-se preparar para os sentimentos positivos como para negativos, assim como deve promover e aceitar a expressão quer dos sentimentos positivos como dos negativos da mulher/família, de forma a aliviar o sofrimento e preservar a sua integridade emocional.</p>
<p>Utilização sistemática do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão</p>	<p>A prática da enfermagem baseada na evidência científica actualizada, permite a desenvolver a prática reflexiva como também consciente e responsável, à luz da ciência, promovendo ao mesmo tempo o empowerment dos EE ESMO's na sua profissão.</p>
<p>promoção do ensino-aprendizagem interpessoal</p>	<p>O conceito cuidar deve ser separado do conceito de cura. A mulher/família deve ser informada incutindo-lhe o poder da decisão esclarecida.</p>
<p>fornecimento de um ambiente mental, físico sociocultural e espiritual de auxílio, proteção ou correção</p>	<p>A autora enfatiza a importância de os enfermeiros reconhecerem a influência que os ambientes internos e externos têm sobre a saúde e a doença dos indivíduos. Conceitos como bem-estar mental, espiritual e crenças socioculturais são importantes para o ambiente interno, assim como o conforto, a privacidade, a segurança, e o ambiente estético e limpos são relevantes como variáveis epidemiológicas. O EE ESMO pode promover um ambiente adoptado às necessidades da mulher/família, adotando medidas de conforto que proporcionem alívio dos desconfortos durante o TP, a manutenção da privacidade da mulher/família, controlo dos ruídos de fundo, adaptação da luz, da temperatura, criar condições para responder às expectativas para o processo de TP da mulher/família.</p>
<p>assistência a satisfação das necessidades humanas;</p>	<p>Watson reconhece as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais tanto do enfermeiro como do doente. Refere ainda que as necessidades devem ser satisfeitas por ordem inferior antes de tentarem alcançar necessidade de ordem superior. O EE ESMO deve procurar atender as necessidades biofísicas, psicofísicas, psicossociais e intrapessoais incentivando a mulher/família a identificar as suas necessidades.</p>
<p>Permissão de forças fenomenológico-existenciais</p>	<p>A fenomenologia descreve dados sobre a situação imediata que ajudam as pessoas a compreender os fenómenos em questão. O EE ESMO deve ajudar a mulher a perceber as alterações que decorrem do processo de TP de forma a promover a confiança e o incentivo necessário à mulher/família para a capacidade de parir.</p>

O EE ESMO tem uma relação privilegiada com a Mulher, quer em cuidados de saúde primários, quer em contexto hospitalar. Sabe-se que a experiência da gravidez é vivida por cada mulher de diferentes formas tendo a influência de vários factores, como a cultura, os valores, as crenças e os próprios contextos de prática de cuidados de saúde, desencadeando diversas emoções, traduzindo-se em momentos marcantes na vida de um casal, (Canavarro, 2001).

Para Watson, a enfermagem tem um compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e um interesse pela saúde de indivíduos e de grupos, a pessoa merece respeito e deve ser compreendida e assistida.

Para esta autora, a pessoa é encarada como um ser global, que é composto por mente, corpo e alma, é salientado o modo como cada pessoa está no mundo, que apenas pode ser conhecido por si próprio, excepto através da inferência empática ou nunca poderá ser perfeitamente conhecido. No entanto partilho a minha ideia de que não conseguiremos alcançar a empatia na sua totalidade, se na verdade não experienciarmos o mesmo mundo, expostos aos mesmos factores intrínsecos e extrínsecos, sendo que esse só se aproximará do mundo do outro e nunca o mesmo por completo. Visto isto, identifico-me com a ideia de que cada pessoa merece individualmente a compreensão a assistência e o respeito na sua essência.

Watson (2002), transmite-nos a ideia de que o conceito de enfermagem é ativo e transformativo, o mesmo se aplica à Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, onde as experiências profissionais podem influenciar a dinâmica dos cuidados, modificando-os. Também para mim, a enfermagem consiste em conhecimento, pensamento, valores, filosofia, compromisso e acção. A paixão por esta disciplina, relaciona-se com as transacções do cuidar e com o contato pessoal humano intersubjectivo e com o mundo vivido da pessoa que a experiência.

Watson (2002), refere ainda que, uma relação de confiança e empatia dão espaço para a promoção e a expressão de sentimentos positivos e negativos, promovendo-se, assim, uma relação de ajuda. Seguindo a teoria de Leininger citada por Julia B., George, (2000), que influenciou a teoria do cuidar transpessoal, nem sempre o enfermeiro se encontra preparado para enfrentar as diferenças culturais e as suas influências no cuidar, ou por vezes não as valoriam ou reconhecem como verdadeiras. Leininger refere ainda que, a cegueira cultural, a imposição e o etnocentrismo por parte dos enfermeiros reduz grandemente a qualidade dos cuidados prestados quando na presença da diversidade. Autores defendem que os enfermeiros têm de reconhecer as influências quer do bem-estar mental espiritual, assim como as crenças socioculturais da pessoa sobre a saúde/doença do mesmo, para tal revela-se importante a sensibilidade do enfermeiro perante a diversidade humana (Julia B., George, 2000).

Watson acredita na enfermagem como uma ciência Humana onde a ação do cuidar contribui para a preservação da humanidade. Observando as dificuldades de comunicação de uma utente surda, como por exemplo: numa consulta de planeamento familiar, numa consulta de Vigilância a Gravidez; num período de puerpério, concordo com a ideia de que os “sistemas

de saúde das instituições e comunidade semelhantes, são organizados e administrados de uma forma que é incongruente com o cuidar profissional. A função da enfermagem na ciência, assim como na sociedade, é cuidar da totalidade da personalidade humana” (Watson, 2002, p. 54).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo pretende-se clarificar os elementos de natureza metodológica que serviram de guia para obter conhecimentos científicos no âmbito da temática escolhida e que proporcionaram o alcance dos objectivos propostos para este estudo, nomeadamente, contribuir para uma prática de cuidados inclusivos à mulher surda internada na sala de partos.

O processo metodológico foi guiado pelo Reviewer's manual Joanna Briggs Institute (JBI, 2014), Fortin (2009) e Prisma Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses. Para Fortin (2009), os resultados obtidos derivam do processo de investigação e esta faz parte integral da fase metodológica.

2.1. Revisão da literatura

Após reflexão sobre a temática e pesquisa preliminar sobre o tema em literatura cinzenta, foi necessário formular a questão de partida. Para se definir claramente a questão de investigação, é necessário “ler obras e artigos para conhecer o estado da questão e informar-se sobre as principais teorias ou os principais modelos existentes no domínio” (Fortin, 2009, p. 49). Assim e de acordo com o Reviwers' manual da JBI (2014), a questão de investigação deverá conter elementos essenciais, tendo sido utilizada a mnemónica PICO, correspondente a (P) participantes – EE ESMO; (I) ao fenómeno de interesse - cuidados inclusivos para as mulheres surdas e o (Co) contexto - sala de partos, partindo-se da questão:

Quais desafios à intervenção do EE ESMO nos cuidados inclusivos às mulheres surdas, durante o trabalho de parto?

Fortin (2009) defende que a revisão da literatura possibilita delimitar o problema de investigação, apurar as lacunas, manter o foco no objetivo do estudo a empreender, permite ainda diferenciar a teoria que melhor explica os factos observados, bem como, salientar os aspetos da questão que necessitariam de um estudo mais profundo.

Seguindo Aromataris, Pearson (2014), na revisão da literatura, após à formulação da questão inicial devem-se seguir determinados passos.

Assim, definiram-se as estratégias de busca. Iniciou-se a pesquisa em setembro de 2016, através da plataforma *EBSCO HOST*, tendo sido utilizada as bases de dados *CINAHAL*, *Medline* e esta foi repetida 2017 e em 2018, estendendo-se às bases de dados *Academic Search Complete*. Houve também recurso a literatura cinzenta (revistas científicas, teses, monografias) através da plataforma: Google académico e foram consultados sites oficiais de organizações

nacionais e internacionais (FPAS, ASP, APS, INR, WFD), bem como o Observatório da Deficiência e Direitos Humanos, designadamente a sua missão, propostas de intervenção e parcerias.

Como critérios de inclusão definiram-se: publicações entre janeiro de 2008 até 2018; estudos de investigação (qualitativos e quantitativos) disponíveis em texto completo; publicações em português, inglês e/ou espanhol. Como critérios de exclusão, definiram-se: publicações que necessitassem de pagamento para leitura; repetição de artigos nas bases de dados e temas não relacionados com a temática pesquisada.

A pesquisa inicial foi efetuada com recurso aos termos naturais: grávida (*Pregnancy*), mulher (*women*), surda (*deaf*), surdez (*deafness*), parteira (*midwife*), obstetrícia (*midwifery*), cuidados de enfermagem (*nursing care*) cuidados inclusivos (*inclusive care*), cuidados (*care*), inclusivo (*inclusive*), parto (*childbirth*). As seguintes pesquisas foram realizadas através da mesma plataforma, por termos naturais e indexados, aplicando-se aos mesmos, os termos booleanos *AND* e *OR* (para refinar a pesquisa). Aplicou-se os operadores booleanos, para agrupar os termos que fazem parte do mesmo conceito utilizou-se *OR* e para ligar os conceitos diferentes recorreu-se a *AND*. A conjugação dos conceitos e os resultados, através das bases de dados Medline e CINAHL estão representados na tabela 3, tabela 4 e tabela 5.

Tabela 3: Conjugação dos termos com operadores booleanos – Base de dados *Medline*. Pesquisa de 2017.

Plataforma: EBSCO HOST		
Base de dados: Medline Plus with Full Text		
Termos naturais e de indexação	Query	Resultados
"pregnancy" OR "women"	S1	1,696,852
MM"deafness" OR "deaf"	S2	25,301
"inclusive care" OR "inclusive" OR "care"	S3	2,134,622
"midwife" OR "midwifery"	S4	52,524
"pregnancy" OR "women" AND MM"deafness" OR "deaf" S1 AND S2	S5	728
"inclusive care" OR "Inclusive" OR "care" AND "midwife" OR "midwifery" S3 AND S4	S6	24,904
("pregnancy" OR "women" AND MM"deafness" OR "deaf") AND ("inclusive care" OR "inclusive" OR "care" AND "midwife" OR "midwifery") S5 AND S6	S7	14
Número de artigos selecionados após leitura de títulos e abstrat		1

Aplicados critérios de inclusão/exclusão

Tabela 4: Conjugação dos termos com operadores booleanos - Base dados *CINAHL*.
Pesquisa de 2017

Plataforma: EBSCO HOST		
Base de dados: CINAHL Pluswith Full Text		
Termos naturais e de indexação	Query	Resultados
"pregnancy" OR "women"	S1	431,176
MM"deafness" OR "deaf"	S2	7,346
"inclusive care" OR "inclusive OR care"	S3	1,116,963
"midwife" OR MM"midwifery"	S4	35,091
Childbirth	S5	4,971
"pregnancy" OR "women" AND MM"deafness" OR "deaf"	S6	183
S1 AND S2		
"inclusive care" OR	S7	12
"inclusive" OR "care" AND "midwife" OR MM"midwifery"		
S3 AND S4		
("pregnancy" OR "women" AND MM"deafness" OR "deaf") AND ("inclusive care" OR	S8	13
"inclusive" OR "care" AND "midwife" OR MM"midwifery")		
AND S6 AND S7		
("pregnancy" OR "women" AND MM"deafness" OR "deaf") AND ("inclusive care" OR	S9	0
"inclusive" OR "care" AND "midwife" OR MM"midwifery") AND (childbirth)		
S8 AND S9		
Número de artigos selecionados após leitura de títulos e abstrat		0

Aplicados critérios de inclusão/exclusão

Tabela 5: Conjugação dos termos com operadores booleanos - Base dados *CINAHL*.
Pesquisa de 2018

Plataforma: EBSCO HOST		
Base de dados: CINAHL Pluswith Full Text		
Termos naturais e de indexação	Query	Resultados
("pregnancy" OR "women" AND MM"deafness" OR "deaf") AND ("inclusive care" OR	S7	14
"inclusive" OR "care" AND "midwife" OR MM"midwifery")		
AND S6 AND S7		
Número de artigos selecionados após leitura de títulos e abstrat		2

Aplicados critérios de inclusão/exclusão

A pesquisa referida na tabela 5, teve por base os mesmos termos naturais e indexados e as mesmas conjugações booleanas, exceptuando o conceito do Contexto (*childbirth*).

Na base de *dados Academic Search Complete*, foi utilizado os termos naturais: audição (*hearing*), deficiente (*impaired*), pessoas (*people*), comunicação (*communication*) e saúde (*health*).

Tabela 6: Conjugação dos termos com operadores booleanos - Base dados *Academic Search Complete*. Pesquisa de 2018.

Plataforma: EBSCO HOST		
Base de dados: Academic Search Complete		
Termos naturais	Query	Resultados
<i>hearing AND impaired AND people</i>	S1	19,122
<i>Communication</i>	S2	1,275,455
<i>Health</i>	S3	38,213
<i>S1 AND S2 AND S3</i>	S4	14
<i>S1 AND S2 AND S3</i>	S5	10
Número de artigos selecionados após leitura de títulos e abstrat		1

Na pesquisa realizada através do *Google acadêmico*, utilizaram-se os mesmos termos naturais com os mesmos limitadores temporais, no entanto a pesquisa não se revelou eficaz, uma vez que o número de artigos sem ligação ao tema eram elevados, daí a necessidade de conjugar os termos naturais a pesquisar. A conjugação dos termos e seus resultados podem ser consultados na tabela 7.

Tabela 7: Conjugação dos termos com operadores booleanos. Base de dados *Google acadêmico*. Pesquisa de 2018

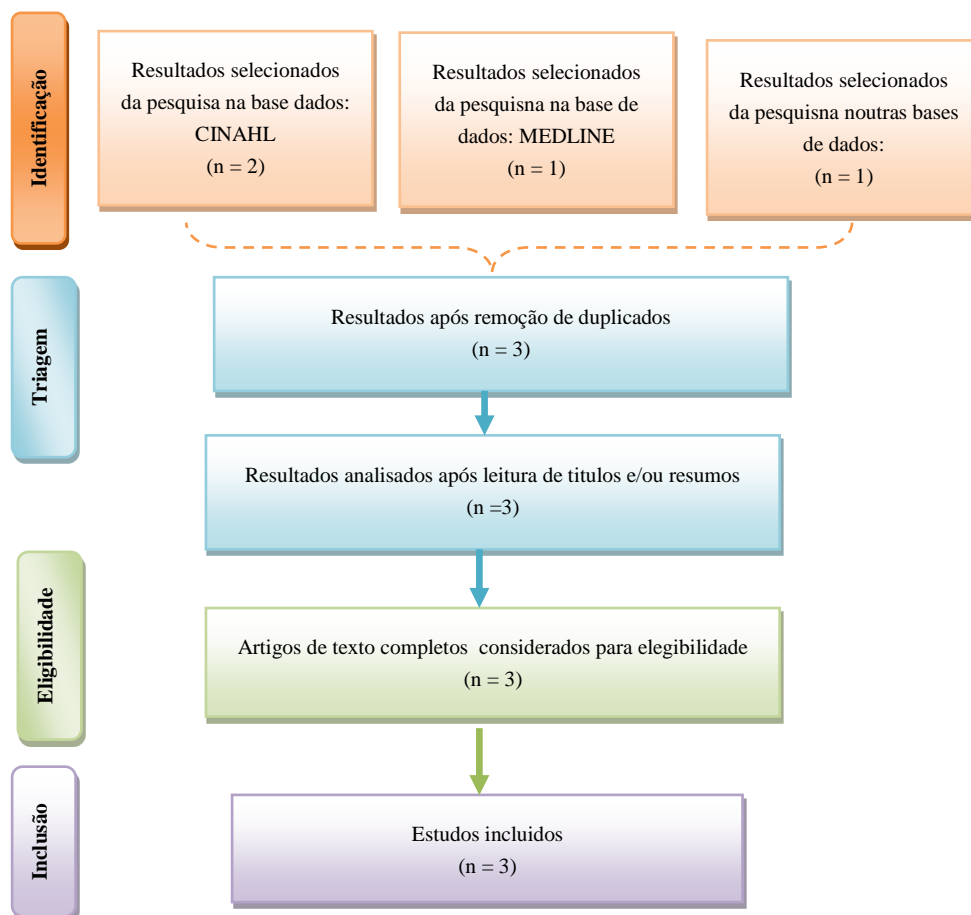
Termos naturais conjugados	Resultados	Critérios de pesquisa
<i>Inclusive Obstetric Care and Deaf Women</i>	0	Datas desde 2010, Ordenados por datas
<i>Inclusive care and midwife</i>	5	
<i>midwife and care of the deaf woman during childbirth</i>	0	
<i>deaf pregnant women</i>	7	
Número de artigos selecionados após leitura de títulos e abstrat	0	

Após a conjugação dos operadores booleanos e aplicados os critérios de inclusão exclusão, procedeu-se então à seleção dos artigos, da qual resultou três artigos para leitura integral, cuja análise efetuada pode ser consultada no apêndice I.

As interpretações dos resultados dos artigos seleccionados, bem como a sua discussão, são mobilizadas no terceiro capítulo.

A representação do protocolo da revisão da literatura de onde se obtiveram os resultados seleccionados, podem ser observados no fluxograma que se segue:

Figura 1 - Fluxograma da revisão da literatura.



Fonte: The PRISMA (2015) - Flow diagram (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* .

2.2. Prática reflexiva baseada na evidência

Craig, e Smyth (2004), salientam que o dever da prática baseada na evidência leva-nos a parar para refletir sobre os resultados do que estamos a fazer. Da mesma forma, a prática reflexiva demonstra ser uma componente importante para desenvolver os cuidados de saúde baseados na evidência, ao permitir a reformulação da ação, com base em pressupostos de natureza científica, mas também reflexiva que permitam a sua mobilização e integração na prática clínica. Também a OE (2012) refere que uma atualização continua dos conhecimentos e o aperfeiçoamento sistemático das competências, aumenta o rigor técnico e científico da implementação dos cuidados de enfermagem.

Ao longo do percurso deste EC tive de adaptar a forma de comunicar com as grávidas e os seus companheiros, por exemplo, quando a língua falada e compreendida era a língua Hindi ou a língua chinesa, levando-me, tal facto a encontrar estratégias que me permitissem realizar os cuidados especializados centrados nas necessidades de cada mulher/casal. Aproveitei essas experiências, para demonstrar, durante alguns momentos de partilha de experiências e reflexão com a equipa de enfermagem, como as dificuldades de comunicação podem ser prejudiciais para o EE ESMO e para a mulher, enquanto recetora de cuidados.

Também, ao longo dos diversos EC, através da elaboração de jornais de aprendizagem realizados a partir da prática de cuidados, utilizando a metodologia do ciclo de Gibbs pude evoluir, quer pessoalmente quer no desenvolvimento das competências previstas para o perfil de enfermeiro especialista (competências gerais e específicas).

A promoção de sessões de partilha com a equipa, sobre o tema em questão, assim, como as sessões de análise das práticas clínicas, ocorridas em contexto académico, ofereceram-me contributos para a reflexão e para a ação, os quais são expressos ao longo deste relatório, designadamente no capítulo seguinte.

3. ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Para a OMS (1997) todos os profissionais de saúde devem deter competências que lhes permitam a participação e atuação dentro da equipa multiprofissional para benefício dos indivíduos e comunidade, considerando-as ainda, essenciais para um desempenho dos cuidados com qualidade.

Tal como referido pela OE (2003), considero que, o desenvolvimento das competências específicas demarcam a prática de cuidados para uma prática mais segura e eficaz principalmente no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da responsabilidade profissional. O EE ESMO, assume no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher assim como as intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2003).

Este ensino clínico teve como finalidade o desenvolvimento e aquisição de competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mulher, RN e família, durante os diferentes estádios do TP, puerpério imediato e período neonatal. Em seguida será apresentada uma análise das competências adquiridas e actividades realizadas ao longo deste Ensino Clínico Estágio com Relatório.

3.1. Contexto do Ensino clínico

Este ensino clínico foi desenvolvido num Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica de uma Maternidade da região de Lisboa. Pela sua localização e referência, as mulheres que recorrem a este Serviço, são na maioria residentes do centro de Lisboa, no entanto, assiste-se a uma grande diversidade cultural, bem como de estatuto socio-económico. Segundo a United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO, 2002), a diversidade cultural deve ser entendida como um conjunto de dimensões espirituais, emocionais, materiais, ou intelectuais de sociedades ou grupos particulares, as quais se projectam na arte e literatura, nos estilos de vida, quadro de valores, tradições e crenças

Esta é também uma instituição de referência para outros hospitais, pelo que recebe utentes de outras cidades e com todo o tipo de patologias ginecológicas, bem como grávidas

com situações de risco variadas, mas em maior número as grávidas em fim de tempo gestacional para o parto.

A minha prestação de cuidados decorreu maioritariamente na sala de partos, no entanto, também se revelou importante e enriquecedor experienciar as outras valências existentes neste serviço, de forma a favorecer o desenvolvimento de competências como futura EE ESMO.

Por turno estão presentes dez enfermeiros, quatro assistentes operacionais e a equipa de médicos de urgência.

O serviço é constituído por uma sala de espera, onde também é feita a inscrição para admissão, dois gabinetes de triagem, das quais, uma das salas tem uma janela de vidro que dá acesso visual para a sala de espera, por onde a pessoa significativa, (acompanhada por uma assistente operacional), pode apresentar o recém-nascido às visitas. É realizada a triagem *Manchester* pelo EE ESMO. Um gabinete de observação com três cadeirões, e dois cardiocógrafos. Três gabinetes médicos. Três casas de banho, uma para os profissionais, duas para as utentes admitidas, sendo que um é composto por um chuveiro.

A sala de partos é constituída por onze quartos individuais, um berçário (situado num espaço localizado a meio do corredor dos quartos, uma copa e uma sala de sujus (localizada no final do corredor), onde também se encontra o elevador. Na outra extremidade do corredor localiza-se a sala de trabalho onde se encontra uma ilha com a monitorização dos cardiocógrafos por télèmetria.

O bloco de partos (BP) e respectiva unidade de recobro e cuidados intermédios (URCI), estão localizados num piso superior. O BP é constituído por duas salas, onde são realizados os partos distócicos, as cesarianas e as curetagens. Entre as duas salas existe um espaço comum com duas unidades de cuidados (*babyterm*) ao recém-nascido bem como a sala de trabalho, sendo este espaço também utilizado para o acesso ao corredor. Neste espaço, o recém-nascido é observado pelo médico pediatra e são realizados os primeiros cuidados por um enfermeiro. Após os cuidados, o recém-nascido é apresentado à sua mãe por breves minutos e colocado no *babyterm*. Fora do alcance visual da mãe, sendo o único sinal de presença o som do choro do bebé e assim permanece até ao momento da transferência conjunta para o recobro. Kennel e Klaus (1998), citado por Zangão e Carvalho (2014), referem através da evidência científica que se “o recém-nascido de termo for colocado em contacto pele-a-pele imediatamente após o parto, recupera a temperatura corporal, acelera a sua adaptação metabólica, estreita os vínculos com a mãe e favorece-se a amamentação” (p. 64). Porém neste BP, vive-se uma resistência aposente

por não ser procedimentocolocar D.R, 20 regular o contato precoce (pele-a-pele) entre mãe e filho ou filho e pai.

A maior parte dos pais/acompanhantes têm a indicação para aguardarem sentados num banco no corredor, pelo que se assiste a uma constante ansiedade dos mesmos. Lowdermilk (2008), refere que, “os homens preparam-se para a paternidade de modo muito semelhante às mulheres, lendo e fantasiando acerca do bebé” (p. 251), mas neste BP, ainda são muitos os homens que são privados do momento do nascimento do seu filho.

Conforme Diário da República (2016), é da responsabilidade hospitalar

“implementar as medidas necessárias para que seja possibilitado ao /á acompanhante estar presente para assistir ao nascimento de uma criança por cesariana, como também permanecer junto do/a recém-nascido/a, durante o recobro e até que a mãe seja transferida para o internamento, desde que tal não coloque em risco o/a recém-nascido/a, nem o funcionamento normal do serviço” (p. 12560).

Segundo ainda o mesmo diploma, as medidas consagradas deveriam estar “implementadas num prazo de três meses após a sua publicação em Diário da República” (D. R., 2016, p. 12560).

Adjacente ao BP localiza-se a URCI - unidade de recobro com capacidade para cinco camas e os cuidados intensivos composta por quatro camas que permitem a monitorização contínua de sinais vitais e vigilância do bem-estar materno-fetal em mulheres cuja situação clínica assim o exija.

3.2. Análise das competências e atividades desenvolvidas

A integração no local de estágio permitiu o desenvolvimento das seguintes unidades de competências, consignadas pela OE (2011), “A2.1 — Promove a protecção dos direitos humanos”; “B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (OE, 2011 p. 8650-8651).

Assim, a integração no local de estágio contemplou o conhecimento da população alvo de cuidados (através da prestação de cuidados quer na admissão, quer no acolhimento das utentes/família/recém-nascidos, no internamento, na sala de partos e URCI, a perceção dos recursos humanos (interação com equipas multidisciplinares no planeamento dos cuidados especializados), dos recursos materiais e das dinâmicas do serviço (protocolos e metodologias de trabalho) de forma a responderem às necessidades dos utentes a que assistem. De especial importância ao conhecimento da acessibilidade e das estratégias implementadas (no serviço e na maternidade), perspectivando os cuidados inclusivos às mulheres surdas. Não apenas pela

temática em questão, mas também por ir de encontro à conduta deontológica que os enfermeiros devem cumprir, segundo a OE (2015) estes, devem apoiar numa base de valores humanos relacionados com o “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, assim como a salvaguarda dos direitos da pessoa com deficiência” (p. 8079).

De maneira a perceber quais as estratégias globais, utilizadas na maternidade quando na presença de utentes surdas, procurei junto dos serviços de psicologia e assistência social da maternidade saber como procediam perante essas utentes. No contato com estes serviços, percebi que quando necessário poderá ser agendado uma hora com um terapeuta da fala proveniente de um outro hospital. Tanto a psicóloga como a assistente social relataram no mesmo encontro, que apesar de “nunca terem experienciado o contacto com mulheres grávidas surdas, ou mulheres surdas com necessidades ao recurso da maternidade e dos serviços de psicologia e/ou assistência social, relataram que seria complicado estabelecer uma compreensão eficaz com as utentes surdas, referiram também que eventualmente seria facilitador a presença de um familiar ouvinte ou a presença de um intérprete. Uma vez que nesta maternidade não existe um intérprete de LGP.

Quanto a diferença linguística, existe no serviço uma linha de apoio telefónico que os enfermeiros e restantes equipas, podem contactar para obterem apoio nas traduções linguísticas com as utentes. Durante a minha experiência neste serviço nunca vi o mesmo ser utilizado. Percebi que este serviço ainda se encontra numa fase muito precoce relativamente à adoção de estratégias que permitam os cuidados inclusivos à comunidade surda. Tal apela à responsabilidade de cada enfermeiro empreender as estratégias adequadas a cada situação concreta.

3.2.1. O EE ESMO - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O EE ESMO, assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2011).

Assim, na admissão pude desenvolver competências no âmbito do cuidar da mulher durante o período pré-natal, - desenvolvendo as minhas intervenções no acolhimento da utente, o motivo da vinda à urgência e a história da doença actual, proceder à avaliação inicial e à avaliação do bem-estar materno-fetal (de acordo com a situação). Assim, inicialmente era recolhida a história clínica da grávida: antecedentes pessoais, obstétricos, a história da vigilância da gravidez. O exame objectivo incluía a avaliação do bem-estar materno e fetal através da monitorização de sinais vitais, auscultação dos batimentos cardio fetais (ABCF) e se necessário a realização de cardiotocografia (CTG), assim como colheitas de sangue para análises, administração de terapêutica.

Desta forma concretizava os seguintes critérios de avaliação da competência: “H2.2.2. identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” e “H2.2.6. avalia o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” (OE, 2011, p. 8663).

Em todas as situações do percurso do EC surgiram situações para a educação para a saúde. Durante os momentos de interacção com a utente, avaliava a necessidade de transmitir informação pertinente. Perante essa avaliação, orientava e capacitava a grávida promovendo a sua literacia em saúde. Assim, pude desenvolver os seguintes critérios de avaliação da competência: “H2.1.4. Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez” (OE, 2011, p. 8663); desta forma, perante situações que justificavam, incentivei a adaptação de um estilo de vida mais calmo (se possível). Segundo Lowdermilk (2008), a ingestão hídrica “promove o bom funcionamento intestinal, que por vezes constitui um problema durante a gravidez, como também a desidratação pode aumentar o risco de câibras e trabalho de parto prematuro”, bem como a necessidade de descanso, a diminuição de hábitos tabágicos, alimentação mais equilibrada, tendo em consideração que as “necessidades nutricionais são determinadas pelo estágio da gestação” (p.306).

A informação e orientação à grávida sobre os sinais e sintomas de risco, para se dirigirem ao hospital, foram recorrentes. Acabei por verificar que algumas mulheres grávidas no momento da admissão, não reconheciam os sinais e sintomas que o seu corpo experienciava. Perante o desconforto da pressão a nível perineal, ouvi referindo “acho que o meu bebé já quer nascer” (sic), outras mulheres mostravam-se preocupadas com o bem-estar fetal alegando que “não sentiam o movimento constante do bebe” (sic).

Após a avaliação inicial e o exame objectivo (quando necessário), e ao excluir-se a ausência de complicações, reforçava a informação sobre os sinais e sintomas de alerta e quando

deveriam recorrer sem dúvidas à urgência, nomeadamente na presença de: hemorragias e perda de líquido vaginal, dores abdominais, febre, queixas urinárias, vômitos persistentes, cefaleias intensas e contínuas, alterações da visão e diminuição dos movimentos fetais, tal como estavam referidos no boletim da grávida. Ao mesmo tempo criava um diálogo apaziguador numa tentativa de incutir segurança, informando-as sobre as origens dos desconfortos apresentados e medidas minimizadoras desse desconforto. E de acordo com Lowdermilk (2008), dava indicações para o “repouso, relaxamento consciente, adoção de uma postura correta, assim como incentivo das práticas de técnicas de respiração” (p.283). É referido pelo mesmo autor, que a mulher grávida sente necessidade de saber como e a quem deve comunicar os sinais de alerta, sentindo assim uma maior segurança principalmente, se lhe for facultada uma brochura escrita com um nível de literacia por ela compreendida e reflectindo a sua cultura. Assim vi reflectidos alguns critérios de competência do EE ESMO, como o de informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco, assim como informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.

Sabemos agora, que esta realidade da informação, não é acessível a todas as mulheres, nomeadamente às mulheres surdas, como podemos ver já antes referido, existem grandes barreiras na comunicação, além do grau de iliteracia, pelo que EE ESMO deve investir na criação e implementação de projetos que promovam a literacia neste âmbito junto da comunidade Surda.

3.2.2. O EE ESMO - Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e pós-natal

Na Sala de Partos, pude desenvolver competências no âmbito do cuidado à mulher durante o trabalho de parto, bem como durante o período pós-natal. A OE (2015), refere que o modelo de cuidados centrados na Mulher, envolve uma dinâmica adequada às suas necessidades reais e prevê o seu empoderamento, afirmando as suas escolhas pessoais, assim como um compromisso com o processo de trabalho de parto e parto fisiológico. Segundo FAME (2012), o parto normal é

“o processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados factores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integrar e respeitoso do mesmo” (p. 20).

Assim, tive sempre uma visão e atitude terapêutica responsável, humanista, centrada nas necessidades de cada mulher/família, uma prática baseada na evidência científica - “fazer bem a coisa certa” (Craig e Smyth, 2004, p. 4).

A aprendizagem foi progressiva, assente no preconizado por Benner (2002), na medida em que me encontrava, no início do EC, ao nível de iniciada, no que concerne às competências específicas nesta área de cuidados. Observei vários partos realizados pela minha orientadora clínica, intervi na vigilância da progressão do TP, condução do TP, protecção do períneo. No entanto, desde o início fui orientada para a necessidade e importância de hierarquizar etapas de aprendizagem, sendo-me demonstrada a relevância de consolidar conhecimentos através da pesquisa em evidência recente e relevante e da experiência adquirida, de forma a poder passar às etapas seguintes com mais autonomia e responsabilidade profissional.

Gradualmente fui ganhando segurança e fui-me tornando mais competente na minha intervenção, tal como um *puzzle*, as competências necessárias foram sendo desenvolvidas e fizeram todo sentido.

No total acompanhei 75 parturientes, tendo realizado 65 partos eutócicos e participado em 5 partos distócicos e prestei cuidados especializados a 70 recém-nascidos.

Na prática de cuidados procurei cumprir as normas de boas práticas e de promoção ao parto normal, conforme determinado no Documento de Consenso da OE e FAME (2012), nomeadamente: respeitar o ritmo do trabalho de parto; utilizar o partograma para registar a progressão do TP; apoiar a liberdade de movimentos da mulher; possibilitar o contacto pele a pele imediato, promovendo assim a amamentação e o vínculo.

Ao longo do EC, foram vários os momentos em que pude trocar conhecimentos adquiridos e negociar formas de atuação com a enfermeira orientadora, o que considero que tenham sido ambos muito vantajosos para a minha aprendizagem. Através das partilhas de experiência quer com a OC, quer com os outros elementos da equipa, e após ter revisto a evidência científica sobre determinado tema, ficava mais alerta para determinadas situações que poderiam vir a desenvolver complicações, antecipando assim a minha actuação ao longo da monitorização do TP e puerpério imediato.

Durante o primeiro estágio do TP, tentava perceber as expectativas, desejos e preferências da mulher ou do casal em relação ao seu parto. Para tal, questionava, qual era o planeamento para parto (independentemente de terem um plano de parto escrito). O plano de parto é uma recomendação da WHO datada de 2002, sendo essencial na humanização e personalização dos cuidados prestados. Consiste num documento elaborado pela mulher/casal,

preferencialmente durante a gravidez, onde são expressos os seus desejos para o seu trabalho de parto e parto (OE, 2012). Deparei-me apenas com uma mulher que entregou o plano de partos escrito, no entanto percebi que outras mulheres, ainda que não o tivessem realizado de forma escrita, o tinham planeado mentalmente.

Assim, sempre que possível adaptei os meus cuidados para ir de encontro as expectativas e planos da mulher. Percebi que ficavam mais calmas, como também satisfeitas por verem salvaguardado o seu direito de decisão.

Foi curioso observar, que perante uma população multicultural, foram as portuguesas que mais demonstraram os seus desejos. Indo estes, de encontro aos indicadores estipulados pelo projecto “Maternidades com Qualidade”. Desta forma promovi cuidados especializados no âmbito do alívio da dor, utilizando os recursos disponíveis, e sempre que possível integrar a pessoa significativa, privilegiando a presença do pai.

Assim, perante os desejos e as necessidades da mulher grávida apoiei, incentivei e informei sobre a vantagem da liberdade de movimento. Uma das mulheres grávidas dançou ao som das músicas preferidas, alternando com técnicas de respiração a cada contracção.

A deambulação era a sugestão mais frequente da parte das mulheres grávidas. Incentivei e demonstrei o uso da bola de pilates, bem como, proporcionei momentos de relaxamento no chuveiro.

Apesar da existência de colunas de música comuns os quartos, a maior parte das mulheres preferiam escolher e colocar a sua música no quarto. Após verificar a receptividade por parte do casal, incentivei ao alívio da dor através da massagem, que foi aceite pela maioria dos casais.

Pude observar que algumas mulheres, principalmente as que não falavam, nem percebiam português apresentavam ansiedade/medo relacionado com a técnica de bloqueio epidural, como também não realizavam outras técnicas de alívio da dor não farmacológicas. Embora por vezes difícil, tentei sempre explicar as várias técnicas usando os recursos ao meu alcance, pois chegava a ser desesperante ver o sofrimento dessas mulheres. Recorri ao uso do *Google* tradutor para facilitar o entendimento, no entanto a presença e o apoio era o que mais as acalmava.

Os desejos apresentados, só não se cumpriam perante situações de extrema necessidade que comprometiam o bem-estar materno ou o bem-estar fetal. O mesmo era explicado, para que mais tarde as suas expectativas não fossem defraudadas. O corte tardio do cordão umbilical e efectuado pelo pai era um desejo comum a muitos casais, o qual eu e a enfermeira orientadora

tínhamos sempre em consideração, combinando e preparando antecipadamente o pai ou a pessoa que acompanhava a parturiente, para a altura certa. Os casais que não tiveram a oportunidade de o fazer, foi sempre explicado a necessidade do corte imediato, obtendo a sua compreensão, pelo que acabei por ouvir “não se preocupe Sr^a Enfermeira, faça o que tiver de ser feito” (sic).

A preocupação por incluir o pai ao longo do TP e nascimento do seu filho assim como diferenciá-lo, tratando-o pelo próprio nome, em vez do habitual “Pai”, foi uma constante presente nos meus cuidados. Como *feedback*, observei que alguns pais ficavam admirados pela pergunta, mas contentes. Curioso, que durante a minha apresentação não fixavam o meu nome. No entanto e após a minha pergunta sobre o nome do pai, tentavam saber novamente qual o meu nome. E nas visitas às mulheres durante o puerpério, tanto as puérperas como os pais quando presentes, proferiam o meu nome. Pelo comportamento demonstrado pelos pais, senti que se sentiam reconhecidos e incluídos no processo do nascimento do seu filho.

Enquanto futura EE ESMO, procurei sempre promover o aleitamento materno na primeira hora de vida. Quando as mães não demonstravam interesse, quer no contacto-pele-a-pele, quer na amamentação na 1^a hora de vida do seu filho, informava-as sobre os benefícios existentes para os dois (mãe e recém-nascido), no entanto respeitei incondicionalmente e sem julgamentos a decisão de cada mulher. Quando desejado, o contacto-pele a pele, era uma oportunidade que utilizava para incentivar a amamentação, visto que, por vezes o recém-nascido já procurava a mama da mãe.

O desempenho dos cuidados do EE ESMO estende-se também ao recém-nascido, estes baseiam-se na avaliação cuidada das respostas biológicas e comportamentais manifestadas pela criança, assim como, também orienta e apoia a mãe no cuidado do seu filho. Foi dessa forma que, desenvolvi cuidados especializados, junto do recém-nascido. Encontrei também nesta fase, uma oportunidade de incluir os pais nos cuidados, incentivando-os vestir a primeira roupa ao seu filho, a pegar no colo, a trocar a primeira fralda, assim como, também os informava sobre a importância do apoio deles para a recente mãe.

Na fase da expulsão fetal, foi muito importante a orientação inicial da enfermeira orientadora no que respeita à avaliação da necessidade de uma episiotomia seletiva. Assim, cada episiotomia realizada foi sujeita a avaliação rigorosa da sua necessidade, feita por mim e confirmada pela enfermeira orientadora. Dos 65 partos realizados, foram necessárias 5 episiotomias selectivas, 14 partos tiveram períneos íntegros e os restantes, lacerações grau I e II. Considero que a protecção do períneo foi um desafio durante o EC. Tendo sido uma técnica

que se manteve em aperfeiçoamento até ao último dia do EC. Pude verificar que, a posição das mãos do EE ESMO e a força exercida no momento certo fazem a diferença, algo que vi através das mãos eficazes da minha enfermeira OC.

Diz a evidência científica que uma das complicações mais frequentes da dequitação incompleta é a hemorragia, que tem origem na dificuldade do útero em contrair devido ao conteúdo residual, motivando uma atonia uterina que nem sempre é fácil de resolver podendo, por isso, ser necessária a intervenção cirúrgica.

Segundo a ICM (2010) determina na Competência 4: “As parteiras proporcionam cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o parto, realizam um parto limpo e seguro e lidam com situações de emergência para maximizar a saúde das mulheres e seus recém-nascidos”. Refere ainda que as parteiras devem ter capacidade para: Adotar uma conduta passiva (fisiológica) do 3º estágio do trabalho de parto; inspecionar a placenta e as membranas verificando a sua integridade; Realizar massagem no fundo uterino para estimular a sua contração e tónus; Inspeccionar a vagina e o colo do útero para detetar lacerações; Reparar uma episiotomia, se necessário e reparar lacerações perineais ou vaginais de 1º e 2º graus; Gerir hemorragia pós-parto, utilizando técnicas apropriadas e agentes útero-tónicos como indicado.

Assim, como futura EE ESMO, em todos os partos realizados, preveni complicações do pós-parto e mantive-me atenta e alerta nas suas detecções. Neste contexto, saliento o sentimento de responsabilidade que fui adquirindo ao longo do percurso deste EC, relacionado com os cuidados que prestava. Facto não só devido à experiência que fui adquirindo, bem como, devido à aquisição de conhecimentos através da teoria. O voto de confiança da enfermeira OC, foi sem dúvida um grande incentivo e de segurança, pois ao verificar que, apenas era supervisionada, percebi que a enfermeira OC estava segura quanto à minha prestação de cuidados especializados.

Relembro, um voto de grande confiança da parte da enfermeira OC, quando a alertei para uma situação de hemorragia pós-parto, a qual acabei por referenciar e cooperar com a equipa médica. O EE ESMO perante situações que estão para além do seu domínio de atuação, deve referenciar e cooperar com outros profissionais da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados às mulheres, cumprindo assim os seguintes critérios de avaliação da competência “H4.2.4. Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”, (OE, 2011, p. 8663) e “H4.3.8. Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto” (OE, 2011, p. 8663).

Providenciei cuidados especializados a uma mulher em situação de abortamento, intervi ao nível da monitorização do bem-estar materno e condução do trabalho de abortamento e expulsão fetal. O apoio prestado a esta mulher foi uma constante presente, que acredito ter feito a diferença. Esta foi sem dúvida “a situação marcante” do percurso do meu EC, tendo sido alvo de reflexão através da realização de um jornal de aprendizagem. Como futura EE ESMO desenvolvi competências nesta área vendo assim alcançados os seguintes critérios de avaliação de competência “H2.2.9. Identifica e monitoriza trabalho de abortamento. H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto” (OE, 2011, p. 8663).

Por vezes senti a necessidade de validar com a enfermeira OC, a identificação de complicações na evolução do TP ou bem-estar fetal. E perante sua validação, assumi a referenciação para a equipa médica, tal como a preparação e apoio à grávida para a sua transferência. Assim, acabei por alcançar as seguintes unidades de competência: “H3.2.3. Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação” e “H3.3.6. Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte” (OE, 2011, p. 8663).

Após o puerpério imediato as puérperas e recém-nascidos eram transferidos para o internamento, no caso de partos distócicos eram transferidos para o recobro, assim, acabei por assegurar a transferência, transmitindo aos colegas todas as informações pertinentes para a continuidade de cuidados adequada e individualizada. Realizei também, a transferência de parturientes para o BP. Estas atividades vão de encontro as competências do EE ESMO pois “Assume a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte” (OE, 2011, p. 8665).

3.2.3. Os Cuidados Inclusivos à Mulher Surda na Sala de Partos

Para colmatar o facto de não ter tido oportunidade de contactar com mulheres surdas durante o EC e consolidar o meu *know how* nesta área, contactei a APS, com a qual agendei uma reunião nas suas instalações.

Enquanto esperava no recinto, algumas das pessoas surdas, que se encontravam no mesmo local, dirigiram-se a mim, com o normal cumprimento em LGP “olá, boa tarde” que consegui perceber e responder, no entanto quando prolongaram o diálogo, um sentimento de impotência e de isolamento invadiu-me, uma vez que me encontrava no seio de uma Associação onde não entendia a maior parte da comunicação utilizada.

Tal experiência transportou-me imediatamente para o cenário da mulher surda na SP, onde o ambiente não é o seu habitual e os profissionais são ouvintes e, como tal, usuários da língua oral – inacessível para as pessoas surdas. O meu pensamento exuberava de angústia ao imaginar o mundo silencioso dessas mulheres, (principalmente as de primeira viagem), colocadas num contexto, provavelmente incompreendido e ainda privadas do primeiro grito de vida do seu filho.

Fui atendida por uma Professora de LGP (ouvinte), após a minha apresentação como aluna do CMESMO, revelei o meu objetivo: contactar com as mulheres surdas, que se encontravam grávidas ou recentes mães, afim de perceber a existência de dificuldades sentidas durante consultas de planeamento familiar; vigilância da gravidez, durante o parto em concreto e puerpério. E desta forma relacionar as dificuldades sentidas com o desempenho e competências do EE ESMO. Obtive a atenção e o incentivo da professora da APS, que me sugeriu um contacto de maior abrangência, relatando-me que seria muito importante para a comunidade surda o apoio nesta área da saúde. Surgiu assim o contacto com a FPAS.

Deu-se o primeiro contacto por e-mail a 04 de novembro de 2016 com a apresentação e exposição do pretendido, acompanhado com a solicitação de uma reunião, pelo que a 09 de janeiro de 2017 tive a confirmação desta, a qual ocorreu a 20 de janeiro de 2017, na sede da FPAS, onde estiveram presentes, o Presidente e Vice-Presidente, uma representante das mulheres surdas e um intérprete.

Foram abordados os mesmos assuntos que na APS, sendo que ainda se possibilitou a opção da recolha de informação, através de um inquérito. Dada a natureza deste trabalho, optou-se por elaborar um registo de Interação (Apendice II), com a finalidade de conhecer as dificuldades e necessidades sentidas pelas mulheres surdas no decorrer da vigilância da gravidez, parto e pós-parto. A FPAS colaborou na adaptação do carater linguístico, uma vez

que a linguagem oral/escrita para as pessoas da comunidade surda é a segunda língua. Os dados obtidos deste registo de interação seriam de grande importância para reconhecer em que sentido os cuidados do EE ESMO estariam a ser inclusivos. No entanto, o facto de não ter tido contacto com nenhuma mulher surda no decorrer do EC, não permitiu esta colheita de dados. Contudo, este documento pode ser, posteriormente melhorado e implementado em forma de inquérito em outros trabalhos que se interessem por explorar esta temática.

Apresento de seguida a síntese das principais informações obtidas dessa reunião com a FPAS:

“Nem todas as pessoas surdas que fazem uso da Língua Gestual Portuguesa, sabem ler/escrever bem, algumas são analfabetas, uma vez que a Língua oral portuguesa é considerada uma segunda Língua para essas pessoas” (FPAS, comunicação pessoal, 20 de janeiro de 2017).

No artigo de revisão de Teijo e García-Ruise (2010), é referido que “existe uma enorme desigualdade educacional entre as pessoas surdas e o resto da população, os surdos têm níveis de desenvolvimento social e nível educacional inferior aos níveis médios atingidos pelo resto da população, o que resulta em numerosas e graves situações de exclusão social”. No mesmo artigo podemos ver referido que “muitos dos alunos surdos que terminaram a escola primária sofrem de analfabetismo funcionais ou têm sérias dificuldades em compreender textos e em se expressar corretamente por escrito” (p. 50).

Jackson (2011), alerta-nos para o facto do recurso à escrita para uma mulher surda ter de ser o mais acessível possível, frases curtas e simples onde os termos médicos devem estar bem explicados. Assim, como para o facto da utilização da voz gritada para um surdo, esta, não vai trazer qualquer vantagem, pelo contrário, as pessoas surdas leem as expressões faciais, logo vão perceber que alguém lhes esta a gritar.

Ao longo do E.C quando se proporcionava situações de partilha e reflexão com a equipa de EE ESMO (antes ou a pós as passagens de turno), pude perceber que a maior parte dos enfermeiros eram recetivos e demonstravam sensibilidade para este tema. Percebi que apenas uma enfermeira passara por essa experiência. Esta referiu que os cuidados são, “iguais, pode-se utilizar a comunicação por gestos, porque as mulheres percebem”. Nestas situações de partilha, foram sugeridas outras estratégias, como a escrita pois “normalmente as mulheres vêm acompanhadas por alguém que ouve” (Elemento da equipa de enfermagem, comunicação pessoal, 2017). Constatou-se, no entanto, que as opiniões acabavam por divergir, quando os enfermeiros foram confrontados com solicitação de eventuais estratégias para lidar com as

dificuldades de comunicação sentidas por essas mulheres. No artigo de Marquete (2018), é salientada a desvantagem do imprevisto da comunicação estabelecida, com as pessoas surdas, com reflexo negativo na qualidade dos cuidados prestados.

Como relatado anteriormente, há referências de pessoas surdas que referem a existência de dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde. Estes incluem a inadequação dos recursos utilizados desde a chamada para o atendimento, quando este é realizado por altifalante (como era o caso da Unidade considerada) até à prestação direta dos cuidados prestados. Tais factos levam-me a reforçar a necessidade de cuidados inclusivos para estas mulheres, como referido, “existem relatos de dificuldades sentidas pelas mulheres surdas, quanto ao esclarecimento de dúvidas durante as consultas, porque não conseguem ser compreendidas nem compreendem totalmente o que os profissionais de saúde tentam transmitir” (FPAS, comunicação pessoal, 20 de janeiro de 2017).

Teijo e García-Ruise (2010), mostram-nos que a presença de barreiras de comunicação entre a pessoa surda e os profissionais de saúde, traduzem-se na inadequada atenção clínica para com a pessoa cuidada.

Igualmente, Marquete, Costa e Teston (2018), referem, que a falta de preparação dos profissionais de saúde para comunicarem com as pessoas surdas é inquietante, pois leva-os a prestar uma assistência ineficaz, devido a ausência da comunicação, que é uma ferramenta essencial para a prestação de cuidados de saúde.

Em fevereiro de 2017, foram apresentados os resultados de um inquérito realizado pela FPAS no âmbito do projeto: Comunidade Surda – Presente e Futuro (co-financiado pelo Programa Nacional de Financiamento a Projetos pelo Instituto Nacional para a Reabilitação). Cujas finalidades foram aferir dados sobre a: Acessibilidade nos hospitais públicos/privados. (o inquérito pode ser consultado através do seguinte *link*: <http://www.fpasurdos.pt/wp-content/uploads/2017/02/Projeto-Comunidade-Surda-Presente-e-Futuro-2016-Inquerito-Acessibilidade-nos-Hospitais-Publicos-Privados-Relatorio-Final.pdf>)

Neste, podemos observar um número elevado de pessoas surdas/DA que referem sentir dificuldades de comunicação/acessibilidade quando vão ao hospital. Quando questionados pelas principais dificuldades que sentem neste âmbito a resposta predominante centra-se na opção - os médicos/enfermeiros/técnicos/auxiliares não estão sensibilizados sobre as pessoas surdas.

Jackson (2011), refere que “cabe às parteiras partilhar informações uteis capazes de responder às necessidades da mulher surda, sendo estas essenciais para que possam fazer as suas escolhas autónomas de forma informada” (p. 283).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais, observo situações em que a falta de compreensão e de tempo disponível por parte dos enfermeiros, por vezes, pode fazer ultrapassar aspetos fundamentais da comunicação, imprescindíveis para uma prestação de cuidados de qualidade, o que é lamentável, de acordo com Hesbeen (2001), pois os desejos da pessoa cuidada não devem ser confundidos com os desejos do prestador de cuidados.

Segundo a OE (2012), o direito da pessoa deve ser reconhecido pelo enfermeiro, assim como a ação participativa da pessoa cuidada no processo da tomada de decisão. Seguindo este pensamento, salientamos a importância da eficácia na transmissão de informação, na validação da informação transmitida, bem como o apoio e acompanhamento às mulheres surdas grávidas. Para Azevedo (2013), a transmissão de conhecimentos à mulher grávida é o que destaca o enfermeiro como profissional de saúde.

É frequente que as pessoas surdas procurem os serviços de saúde privados em detrimento dos públicos” (FPAS, comunicação pessoal, 20 de janeiro de 2017).

Quando questionado o motivo dessa escolha, ficou a ideia debatida, apesar das opiniões divergirem no grupo; essencialmente existem pessoas surdas que possuem seguros de saúde protocolados com algumas instituições de saúde privada vigorando a ideia de que nas instituições privadas os cuidados de saúde são prestados com mais qualidade e maior disponibilidade por parte dos profissionais de saúde. No entanto, ficou por saber se a comunidade surda tem conhecimento dos recursos públicos disponíveis e os seus acessos.

Jackson (2011), no seu estudo refere que é crucial o entendimento das desigualdades na saúde que surgem e afetam as capacidades das mulheres surdas para aceder aos serviços de saúde. Visto isto, reforço a necessidade da sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente os EE ESMO, sobre os cuidados inclusivos as mulheres surdas, assim como para a criação de novos projetos junto da comunidade Surda, de forma a divulgar os recursos existentes nos serviços de saúde públicos.

A mesma reporta-se também à competência do EE ESMO em ministrar educação para a saúde de elevada qualidade e culturalmente sensível e prestar serviços a todos no seio da comunidade, a fim de promover uma vida familiar saudável, gravidezes planeadas e uma parentalidade positiva (OE, 2011). Desta forma podemos encontrar aqui alguns desafios às competências especializadas dos enfermeiros, quando se trata de ministrar educação para a saúde às mulheres surdas, tendo em conta o importante factor da comunicação.

“A informação sobre assuntos como, os cuidados sobre contraceção, as doenças sexualmente transmitidas, gravidez e maternidade, são abordadas normalmente no seio da comunidade surda em forma de partilha” (FPAS, comunicação pessoal, 20 de janeiro de 2017).

Vimos anteriormente, que existe um grau considerável de iliteracia no seio dos elementos da comunidade surda, sabendo que as experiências divergem de pessoa para pessoa, sabemos também que na hora de decidir, podem ser escolhidas as opções erradas e de risco.

O EE ESMO tem como alvo os cuidados à mulher durante o ciclo de vida sexual e reprodutivo, inserida na família e comunidade. Como tal, os cuidados prestados têm como principal objetivo promover o bem-estar materno-fetal, do recém-nascido e família, detetar e prevenir complicações. Pelo que se atuar precocemente junto da comunidade poderá minimizar a tendência para os comportamentos de risco, promovendo maior literacia em saúde.

Na opinião dos representantes da FPAS, seria importante os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, terem formação em Língua Gestual Portuguesa. Uma vez que o “recurso a um intérprete pode ser, em alguns casos, constrangedor para algumas mulheres” (FPAS, comunicação pessoal, 20 de janeiro de 2017).

A mulher surda além de inserida numa família esta inserida numa comunidade, que poderá ser uma comunidade surda, com uma determinada cultura. A APS expõe que em geral a comunidade surda é constituída por grupos que utilizam a LGP, o primeiro grande grupo é referente às pessoas surdas que utilizam a LGP como a sua primeira língua, assim como os filhos de pessoas surdas. O segundo grupo inclui pessoas surdas que adquirem a LGP durante a escolaridade (com surdez severa a profunda). O terceiro grupo corresponde aos familiares, aos profissionais e amigos que se relacionam com surdos diariamente e, por último, o quarto grupo engloba todas as pessoas que têm curiosidade por diversas razões pela LGP.

Há autores que se referem à comunidade Surda, como a “um fenómeno sócio-cultural e minoritário, com a sua própria língua, história e cultura” (Minguet, 2000, citado por Teijo e García-Ruise, 2010, p. 51). A mesma fonte ainda acrescenta a diferença entre a palavra “surdo”(ca racterística física, incapacidade de ouvir) e a palavra “Surdo”, associada aos aspectos culturais e linguísticos ligados à condição de surdo. Neste relatório foi tida como referência a pessoa surda, ainda que está possa estar inserida na comunidade Surda.

É da competência do EE ESMO, “prestar cuidados de elevada qualidade e culturalmente sensíveis durante o parto” (OE, 2011, p. 8666), conduzindo a um parto seguro, resolvendo determinadas situações de emergência para maximizar a saúde quer das mulheres, como dos

seus filhos recém-nascidos. Para isso o EE ESMO deve ter em atenção às diferenças e minimizar as suas barreiras ao cuidar a mulher inserida na família e comunidade.

Assim, cabe ao EE ESMO, criar estratégias eficazes para o desenvolvimento e promoção dos cuidados inclusivos a estas mulheres, para tal é imprescindível o conhecimento sobre o seu mundo.

Segundo Jackson (2011), “durante o parto, as parteiras devem ter sempre tempo para explicar antes os procedimentos que vão desenvolver, pois “durante o procedimento será difícil”. No mesmo artigo aparece relatado, por uma mulher surda que "é extremamente difícil entender o que se está a passar lá em abaixo quando não se pode ouvir o que está a ser dito! Por isso é muito difícil saber quando cooperar” (p. 280). De forma a colmatar essas dificuldades, deve ser combinado antecipadamente com a grávida uma forma eficaz de comunicar, seja através de gestos precisos seja com recurso à pessoa significativa da mulher, sem descuidar a presença, se assim o desejarem, do pai. Ao longo deste trabalho focou-se a visão nos cuidados inclusivos à mulher surda, porém o homem/pai, nunca foi excluído. Sendo, contudo, esta uma temática digna de um outro estudo.

Com o objetivo de colher informações sobre as estratégias já implementadas na área da saúde e concretamente da Saúde Sexual e Reprodutiva, promotoras da inclusão das pessoas surdas, no dia 23 de janeiro de 2017 reuni-me no Gabinete do Secretário de Estado da Inclusão das Pessoas com Deficiência, com o Sr. Dr. Adjunto do secretário. Desta forma, fui informada sobre a implementação das aplicações informáticas que permitem às pessoas surdas acederem às chamadas do Instituto Nacional de Emergência Médica, assim como às chamadas da Saúde 24. Porém foram também, apresentadas as dificuldades encontradas, quer na comunidade surda, devido à sua iliteracia, quer na continuidade do funcionamento dessas aplicações, devido o número reduzido de intérpretes e de profissionais de saúde com conhecimentos em LGP.

Outros assuntos emergiram nesta reunião, entre eles, a necessidade da sensibilização profissional (na área da saúde), assim como social, sobre as dificuldades das pessoas surdas em acederem aos serviços como a população em geral. Abordou-se a necessidade da preparação académica com a introdução de módulos de LGP, ou formações de LGP nas Instituições de Saúde Públicas. No que concerne às áreas específicas de atuação do EE ESMO (como é o caso da Saúde Sexual e Reprodutiva), foi-me transmitido que seria do âmbito de outros ministérios (o Ministério da Saúde).

Após a reunião senti que em termos de informação, não tinha sido muito enriquecedor, pelo que tenho vindo a acompanhar as atualizações do Instituto Nacional de Reabilitação (INR),

bem como da FPAS. Assim, percebi que o governo, desde 21 de abril de 2017, reporta a responsabilidade às entidades formadoras e empregadoras, na promoção, valorização e ensino da língua gestual portuguesa, quando recomenda que se “deve avaliar as necessidades de acessibilidade aos serviços públicos, por parte da comunidade surda, no sentido de lhe prestar o devido apoio, auscultando as associações representativas das pessoas com deficiência e, em especial, a comunidade surda” (Diário da República, Resolução da Assembleia da República nº 214/2017, p.4717).

Cabe relatar ainda, o resumo do relatório divulgado no dia mundial de audição de 2017 pela OMS, o qual informa que 60% das perdas auditivas na infância podem ser evitadas, através de estratégias de saúde. Dessa percentagem destaco as que foram associadas a causas relacionadas com o nascimento. 17% (complicações no parto, prematuridade e baixo peso à nascença) e 4% estão relacionados com a administração de terapêutica ototóxica.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para Jean Watson (2002), o cuidar exige uma elevada consideração pela pessoa e pela vida humana, valores que se relacionam com a autonomia humana e liberdade de decisão de escolha. De encontro a esta definição do cuidar, assentei a minha prática de cuidados no percurso do EC, de acordo com os princípios gerais Deontológicos de Enfermagem, dando primazia aos valores humanos e aos direitos à vida e à qualidade de vida, assim como, à humanização dos cuidados. Preservando a privacidade e anonimato, dignidade, respeito pela intimidade sem discriminação ao melhor tratamento de acordo com os recursos disponíveis.

Percebi que as mulheres ficavam mais calmas, como também satisfeitas por verem ser salvaguardado o seu direito de decisão. Assim, foi considerado o consentimento informado antes da realização de qualquer intervenção e apoio às mulheres/famílias a participar ativamente nas suas decisões.

Bem como, foi considerado o consentimento informado junto dos elementos representantes da FPAS, sobre a finalidade da reunião e conteúdo abordado, para divulgação no âmbito deste relatório. O respetivo consentimento informado encontra-se no Apêndice III.

5. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

Aponto como a maior dificuldade encontrada a de cariz pessoal, pela minha disponibilidade de tempo de qualidade para a realização deste relatório, fruto da experiência de maternidade a que tive de dar prioridade.

Outras limitações surgiram, no âmbito da implementação do projeto, a inexistência de situações de cuidados com mulheres surdas no contexto da sala de partos teriam sido importantes para a aferição dos resultados da evidência.

Quanto à comunicação com os elementos da FPAS, ter-se-ia mostrado complicada, se na reunião não estivesse presente um intérprete, disponibilizado pela FPAS. Os contactos posteriores fizeram-se via email, pelo que vieram a revelar-se mais difíceis, dada a ausência de respostas em tempo útil.

6. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA

Com este relatório, tenho esperança que esta temática seja aprofundada e desenvolvida em futuros estudos pelos EE ESMO e que desses trabalhos nasçam projetos/protocolos que promovam os cuidados inclusivos às mulheres surdas e/ou casal surdo na Sala de partos.

A OMS (2017), alerta para a necessidade de agir, assim, no que compete ao EE ESMO, cabe-lhe implementar projetos de identificação de riscos e intervenção precoce, quer junto das utentes e comunidades, quer em parceria com as equipas de saúde. Também, promover a consciência das causas e efeitos da perda de audição, junto da população, incluindo a área de neonatologia.

Destaco ainda a importantíssima ação que cabe aos profissionais de saúde e às entidades formadoras, em concreto, o papel de se prepararem para esse desafio. Quer através da promoção da sensibilidade para os cuidados inclusivos, quer através da formação em LGP.

Tendo em consideração o exposto ao longo deste relatório, penso que também seria importante para a mulher surda, como igualmente interessante para o desenvolvimento das competências do EE ESMO, a criação e a implementação de projetos em conjunto com a comunidade surda, nomeadamente, a realização de vídeos informativos em LGP, versando temas na área da saúde sexual e reprodutiva, como por exemplo, sexualidade saudável, vigilância da gravidez, preparação para o nascimento, entre outros. Tal iria ao encontro do preconizado no Diário da República (1999)⁸, “apoiar as associações de doentes ou dos seus representantes, as associações de utentes e consumidores da saúde e as associações promotoras de saúde, na área da saúde reprodutiva e da saúde infantil e juvenil” (p. 5996).

Podemos anuir que, o mundo não é entendido da mesma forma por um ouvinte e um surdo e por vezes é necessário entrarmos nesse mundo para perceber como funciona, quais as suas complexidades. É referido por Hesbeen (2001), que o cuidar é como o encontro entre o cuidador e a pessoa cuidada cujo o objetivo de criar laços de confiança. Assim, acredito que perante a mulher surda revela-se importante criar estratégias que respondam a eventuais desafios encontrados pelo enfermeiro. Numa perspetiva de saúde, é ir ao encontro de outra pessoa para a acompanhar na promoção da sua saúde.

⁸ Lei nº 142/99 de 31 de agosto. Assembleia da República. Diário da República Série I nº 203, artº 7. alínea h).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este relatório, posso afirmar que os objetivos a que me propus inicialmente, bem como as competências previstas foram alcançadas. No entanto, tenho consciência que mais poderia ser dito e ainda muito pode ser feito relativamente à temática em estudo, pelo que deixei alguns contributos para futuros trabalhos nesta área

Sem dúvida, considero que este EC foi o mais motivante, o mais esgotante, bem como o mais desafiante. Posso afirmar que senti em cada turno, um espírito imbatível onde, dava tudo de mim quer pessoal, quer profissionalmente. Reconheço a importância dos conhecimentos teóricos atualizados para o bom desenvolvimento dos cuidados prestados pelo EE ESMO, pois só assim é que podemos prestar cuidados especializados com qualidade.

Falar da inclusão das pessoas com deficiência, no que se refere à saúde, implica estarmos sensibilizados, preparados, para uma prática inclusiva e baseada na evidência. O direito à informação na saúde deve ser assegurado, assim como o consentimento informado dos cuidados prestados, só deve ser concretizado, se o utente demonstrar entendimento do mesmo. Para Watson (2002), devemos “afastar-nos da homogeneidade de pensamento e procurar novas formas de ver o habitual” (p. 18), assim entendo que na área da saúde em geral e da Saúde Materna e Obstetrícia, em particular, o EE ESMO tem um papel preponderante na mudança de dogmas e atitudes com as utentes e com os seus pares.

A DGS (2015), através do seu Plano Nacional de Saúde 2015, destaca valores e princípios como “a redução das desigualdades em saúde, com base na promoção da equidade e justiça social” (p. 9). Assim, a inclusão deste tema, permitiu-me conhecer algumas das necessidades sentidas pelas mulheres surdas, nesta área, quer pelos artigos de revisão da literatura, quer através do contacto com os elementos da FPAS. Levando-me a identificar os desafios à intervenção do EE ESMO nos cuidados inclusivos a estas mulheres, assim como na extrema importância em desenvolver estratégias que os promovam esses cuidados. Tendo a esperança que este relatório seja uma pequena semente para o contributo da melhoria dos cuidados prestados às mulheres surdas e as suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris & Pearson, A. (2014). *The systematic review: an overview*. The American Journal of Nursing. Acedido em 10/08/2018. Disponível em:
https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2014/03000/The_Systematic_Review_An_Overview.28.aspx
- Associação Portuguesa de Surdos do Porto (2003). Informações Básicas sobre a Surdez. Acedido em 28/12/2018. Disponível em:
<http://www.asurdosporto.org.pt/artigo.asp?idartigo=243>
- Benner, P. (2002). *De iniciado a perito – Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto editora.
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto editora
- Craig, J. V & Smyth, R. L. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para enfermeiros*. Camarate: Lusociência
- Colman, A. D. & Colman, L. L. (1994). *Gravidez - A experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri
- Convenção Europeia dos Direitos do Homem. Acedido em: 20/09/2017. Disponível em:
https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf
- Davis, H. & Silverman R. S. (1970). *Hearing and deafness*. Nova York: Rinehart & Wiston
- Diário da República (2017). *Resolução da Assembleia da República n.º 214/2017 de 21 abril, recomenda ao Governo a promoção, valorização e ensino da língua gestual portuguesa*. Diário da República Série I, n.º 157. Acedido em: 05/06/2018. Disponível em:
<https://dre.pt/application/file/a/108000752>
- Direção Geral de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Direção Geral de Saúde (2017). *Histórico de Destaques - Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Acedido em: 20/09/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/convencao-das-nacoes-unidas-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia.aspx>

Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (2009). *Iniciativa Parto Normal*. (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras - APEO, Trad.) Loures: Lusociência

Freire, S. (2008). *Um olhar sobre a inclusão*. Instituto Superior D. Afonso III. Revista da Educação, Vol. XVI, nº 1.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etápas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade de Enfermagem - Pensamento e Acção na Prespetiva do Cuidar*. Loures, Lusociência

Instituto Nacional de Estatística. Lisboa Acedido em: 03/02/2018. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt

International Confederation of Midwives (2010). Essential competencies for basic midwifery practice – revised 2013. Acedido em: 15/09/2016. Disponível em:

<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Julia B., George (2000). *Teorias de Enfermagem - Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed). Porto Alegre: Artmed

Jackson, M (2011). Deafness and antenatal care: Understanding issues with access. *British Journal of Midwifery (BR J MIDWIFERY)*, 19 (5), 280-284

Lei n.º 192/2017 de 04 de outubro (2017). Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Diário da República, Série I, (5592 – 5594) Acedido em: 03/02/2018. Disponível em:

<https://dre.pt/home/-/dre/108244274/details/maximized>

Lei n.º 126-A/2017 (2017) Trabalho, Solidariedade E Segurança Social Diário da República, n.º 193 Série I. Acedido em: 03/02/2018. Disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/15384818/DL_126_A_2017/47de3851-bba1-43e8-bd08-5333876d5909

Lei n.º 142/99 (1999). Assembleia da República. Diário da República, n.º 03 Série I. Acedido em: 03/02/2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/581908>

Lowdermilk, D.& Perry, (2008). *Enfermagem a maternidade* (7ªed). Camarate: Lusodidata

Marquete V. F.; Costa M. & Teston, E. F. (2018). Comunicação com deficientes auditivos na ótica de profissionais de saúde. *Rev baiana enfermagem*. 32, 24055

Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2012). Plano de Parto PI' A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer n.º 7

Moreno, L.V. A. & Rosito, M. M. B. (2007). O Sujeito na educação e saúde – desafios na contemporaneidade. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Edições Loyola

Nunes, R. (2001). *Crianças em risco – a saúde, a doença e o direito- Morte, onde está a tua vitória?* Cadernos de bioética. Edição do centro de estudos de Bioética. Ano XXI nº 25 abril. (p55-61)

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica* - Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (2004). *CIF: Classificação internacional da funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento nº 127/2011 de 18 de fevereiro. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Diário da República, 2ª série, nº 35, (8662-8666)

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, nº 35 (8648-8653)

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Conselho de Enfermagem: do Caminho Percorrido e das Propostas*. Lisboa: Edições Ordem dos Enfermeiros, Grafinter. 2-4

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial de Saúde (1997). *División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, Programa desarrollo de recursos humanos. El desafío educativo de las reformas sectoriales cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Grupo de trabalho sobre evaluación de la capacitación en salud*. 1, Buenos Aires: junho/julho. (33)

Observatório da deficiência e direitos humanos. Acedido em 10/7/2018. Disponível em:

<http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/>

Preedy V.R. & Watson R.R. (2010). *Deafness. Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer.

Pires, E. (2008). *O sucesso escolar de alunos com surdez neurossensorial severo/profunda: A educação em tempos de inclusão/exclusão*. Universidade Católica de Goiás: Goiânia.

Pinto, P. C. & Pinto T. J. (2017) – Pessoas Com Deficiência Em Portugal - Indicadores De Direitos Humanos 2017 Iscsp, Lisboa Acedido em: 03/02/2018. Disponível em: <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-50-23/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/347-relatorio-oddh-2017>

Prisma (2015). Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-Analyses - Flow Diagram 2009. Acedido em: 20/08/2018. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>

Rodrigues, D. (2000). *Perspectivas sobre a Inclusão - Da Educação à Sociedade*. Coleção Educação Especial. Porto: Porto Editora

Sporek, P. E. (2015). Deaf Nest report. *British Journal of Midwifery*. January 2015, 23, (1), 74

Sporek, P. E. (2016). Together towards tomorrow. *British Journal of Midwifery*. January 2016, 24, (1), 74

The Joanna Briggs Institute (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute

Tomey, A. M., Aligood, M. R (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra – Modelos e teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Teijo, P. F. & Garcia-Ruise, S. (2010). Necesidad sentida de las mujeres sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalário. *Cultura de los Cuidados*. 2º. Semestre 2010 Año XIV, (28), 49-56

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2002). Declaração Universal sobre a diversidade Cultural. Acedido em 20/07/2017. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000127160>

United Nations - Human Rights Bodies Convention on the Rights of Persons with Disabilities
Acedido em: 18/07/2018. Disponível em:
<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx#25>

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

World Federation of the Deaf (2018). *The Deaf Gap in Healthcare*. Acedido em 29/07/2018. Disponível em:
<http://wfdeaf.org/news/deaf-gap-healthcare/>

World Health Organization (2002). *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Training modules Regional Office for Europe*. 35-37

World Health Organization 2017 – 3 March 2017. World Hearing Day. Acedido em: 14/08/2018. Disponível em:
<http://www.who.int/deafness/world-hearing-day/2017/en/>

World Health Organization (2012). *Community- Based Rehabilitation: Promoting Ear and Hearing Care through CBR*. Acedido em: 15/08/2018. Disponível em:
<http://www.who.int/deafness/publications/en/>

Zangão, M. O. B. & Carvalho, A. M. V. G. O. (2014). *Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido* - Revista Da Associação Portuguesa Dos Enfermeiros Obstetras - n.º 14/2014

APÊNDICES

Apêndice I

Artigos selecionados e respectiva extração de dados

Apresentação dos artigos selecionados da RL, através da pesquisa realizada pela plataforma Ebsco Host:

Artigo 1

Titulo	<i>Deafness and antenatal care: Understanding issues with access</i>
Autor/es	<i>Jackson, Meghan</i>
Filiação	<i>Midwife, Ealing Hospital Trust</i>
Fonte publicada	<i>British Journal of Midwifery (BR J MIDWIFERY), May2011; 19(5): 280-284. (5p)</i>
Idioma original	Inglês
Palavras-chave/ Principais assuntos	<i>Deafness - In Pregnancy ;Midwifery Service; Health Services Accessibility - In Pregnancy; Prenatal Care; Communication - Methods</i>
Sumário/	<p>“As mulheres surdas grávidas são frequentemente negligenciadas nos serviços de obstetrícia, maioritariamente devido à falta de compreensão sobre como proporcionar um melhor cuidado às mulheres com necessidades de comunicação diferentes. As parteiras têm um papel chave na troca de informação e na tentativa de compreensão das necessidades das mulheres surdas de modo a poderem agir como adjuvantes no contorno das barreiras que podem ser criadas pela surdez.</p> <p>Para que possam cumprir essa função, as parteiras devem compreender os problemas enfrentados pelas mulheres surdas e os seus respectivos companheiros no acesso aos serviços de obstetrícia”.</p>
Principais conclusões	<p>“Muitas mulheres surdas experimentam desigualdade durante a gravidez e parto, principalmente decorrentes de dificuldades de comunicação;</p> <p>Por forma a oferecer maior escolha e controle às mulheres sobre a acessibilidade aos cuidados pré-natas, e incluir as mulheres surdas nos cuidados standard para mulheres grávidas, as parteiras precisam de reconhecer as desigualdades que possam surgir em saúde e afetar as capacidades dessas mulheres no acesso aos serviços de saúde;</p> <p>Tal poderá ser obtido tentando compreender as preocupações das mulheres e ajustando a pratica para incorporar as necessidades únicas das famílias surdas”.</p>
Base de dados/referência	<p>CINAHL Plus with Full Text</p> <p>Link para este artigo: <a href="http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=21&sid=b8974494-3367-44ff-825d-d9f84eef11cf%40pdc-v-
sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104647711&db=rzh">http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=21&sid=b8974494-3367-44ff-825d-d9f84eef11cf%40pdc-v- sessmgr01&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104647711&db=rzh</p>

Fonte: Estrutura adaptada e baseada no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA(2009) Statement*.

Apresentação dos artigos selecionados da RL através da pesquisa realizada pela plataforma Ebsco Host:

Artigo 2 -

Titulo	<i>Necesidad sentida de las mujeres sordas durante el parto y el puerperio inmediato en el ámbito hospitalario.</i>
Autor/es	<i>Flavia Polanco Teijo, Salvador García-Ruise**</i>
Filiação	<i>*Enfermera, Residente de Enfermería Obstétrico-Ginecológica. **Residente de Medicina Preventiva y Salud Pública</i>
Fonte publicada	<i>Cultura de los Cuidados - 2º. Semestre 2010 Año XIV - N.º 28</i>
Idioma original	Espanhol
Metodologia	Estudo etnográfico, qualitativo realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com mulheres surdas durante o puerperio imediato no âmbito do <i>Complejo Hospitalario Universitario deSantiago de Compostela.</i>
Palavras-chave/ Principais assuntos	Mulher Surda, acesso à saúde, parto, puerpério.
Sumário/Objetivo	Compreender as necessidades sentida pelas mulheres surdas no parto e puerpério imediato.
Resultados/	As pacientes surdas utilizam os serviços de saúde de forma distinta daquelas que ouvem; manifestam dificuldades como medo, desconfiança e frustrações; Mostraram problemas na comunicação com o pessoal de saúde durante o internamento hospitalar, tanto na linguagem verbal como não verbal. A falta de informação é uma dificuldade durante os procedimentos e técnicas realizadas.
Conclusões	As mulheres surdas e o pessoal de saúde têm dificuldade de comunicação que comprometem o estabelecimento de vínculos necessários na atenção à saúde e que podem afetar negativamente o diagnóstico e o tratamento.
Base de dados/referência	CINAHL Plus with Full Text <i>Link para este artigo:</i> http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=47&sid=20cd425f-2545-44b5-ad7e-f840fa92d8af%40sessionmgr4009&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104845626&db=rzh

Fonte: Estrutura adaptada e baseada no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA (2009) Statement.*

Apresentação dos artigos selecionados da RL através da pesquisa pela plataforma Ebsco

Host:

Artigo 3 -

Titulo	<i>Communication with hearing impaired people from the perspective of health professionals</i>
Autor/es	Verônica Fransisqueti Marquete*, Maria Antônia Ramos Costa**, Elen Ferraz Teston
Filiação	*Nurse masterStudent in nursing at universidade Estadual de Maringá.**Nurse PhD Professors at Universidade Estadual do Panamá
Fonte publicada	Revista baiana enferm (2018) 32:24055
Idioma original	Português - Brasil
Metodologia	Estudo quantitativo de caráter descritivo.
Palavras-chave/ Principais assuntos	Comunicação, perda auditiva, pessoal de saúde
Sumário/Objetivo	Descrever o conhecimento e a capacitação dos profissionais de saúde quanto à comunicação com os deficientes auditivos.
Resultados/	Verificaram-se que 92,4% dos profissionais acreditavam estar despreparados para prestar cuidados ao deficiente auditivo, 83,8% não sabiam comunicar com esses e 96,5% não sabiam comunicar em Língua Gestual. Muitos utilizavam estratégias para quebrar a barreira de comunicação, tais como: gestos e escritas (18,7%), fala e gestos (11,6%), entre outros.
Conclusões	Na percepção dos profissionais de saúde, a barreira de comunicação com os deficientes auditivos ocorria por não saberem comunicar em Língua Gestual; por isso, utilizavam mecanismos como gestos e mímicas como recurso da comunicação.
Base de dados/referência	<i>Academic Search Complete:</i> <i>Link para este artigo:</i> http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=30&sid=6ff75ef4-2a5a-4acb-9a4e-63912ed40474%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#AN=128748273&db=a9h

Fonte: Estrutura adaptada e baseada no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA(2009) Statement*.

APÊNDICE II

Registo de Interação

REGISTO DE INTERAÇÃO

LISBOA
2017

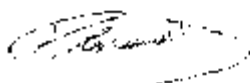
APÊNDICE III

Consentimento informados pela FPAS

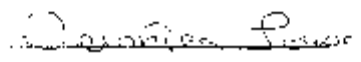
**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA COLHEITA DE DADOS
NO ÂMBITO DE PROJETO FINAL DO CURSO DE MESTRADO EM
ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIDADE DE SAÚDE MATERNA E
OBSTETRÍCIA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM**

Concordo com a utilização dos dados fornecidos (a) Senhor(a) Enfermeiro(a) Verónica Sousa, estudante do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do projecto final do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialidade de Saúde Materna e Obstetrícia 2014/2017 da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) que se encontra a desenvolver intitulado "Cuidados Inclusivos à Mulher surda na sala de partos: - Um desafio à intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia" e que tem como objectivo colher dados que permitam desenvolver estratégias para um cuidado inclusivo à mulher surda na sala de partos. Os dados fornecidos decorreram no desenvolvimento da reunião do dia 20 de janeiro de 2017, na sede da FPAS.

Neste consentimento é-me garantido o sigilo dos dados pessoais, fornecidas à Senhora Enfermeira acima mencionada.




Assinatura



Assinatura da estudante

Endereço/E-mail: fpas@fpasurds.pt
Tel.: 214998308

Para questões relacionadas com este projeto poderá contactar:

Verónica Sousa
 sousa.veronica2000@gmail.com