



**Politécnico  
de Viseu**

Escola Superior  
de Saúde de Viseu

6º CMESMOG/11º CPLEESMO

**Estágio com Relatório Final**

**Perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica**

Gisela Teixeira de Barros Tavares Ferreira Bernardo

Maio de 2022





6º CMESMOG/11º CPLEESMO

Estágio com Relatório Final

Perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica

Gisela Teixeira de Barros Tavares Ferreira Bernardo

Relatório efetuado sob a orientação de  
Professora Doutora Paula Alexandra de Andrade Batista Nelas

Maio de 2022



“Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco;  
à medida que vamos adquirindo conhecimentos,  
instala-se a dúvida”

Goethe, Johann



## **Agradecimentos**

A perseverança, a disponibilidade, o empenho e o esforço marcaram a jornada de vida que foi realizar esta graduação. Tal só foi possível por estar rodeada de pessoas que me deram motivação, força e carinho para prosseguir. Daí sentir necessidade de agradecer a todas e cada uma delas o seu papel na consecução deste processo.

À Professora Doutora Paula Nelas pela imensa paciência, disponibilidade, dedicação, orientação, sorriso sincero durante todo este percurso e especialmente nas adversidades.

Ao Professor Doutor João Duarte pelo seu apoio, orientação e paciência.

Não posso deixar de agradecer aos meus tutores de estágio, que foram fulcrais no meu desenvolvimento como pessoa e como enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstetrícia.

Agradeço ao meu marido pela paciência e apoio, principalmente nos momentos em que fui assombrada pelo cansaço e ansiedade. Ao meu filho, que tantas vezes despendeu do seu tempo comigo, mas que sempre me apoiou a ser uma “boa aluna”.

Agradecer à minha família pela presença, apoio e paciência.

Os meus amigos foram um grande suporte durante toda esta graduação, dando-me força e alento. Em particular aos que comigo partilharam esta jornada e se tornaram parte da família.

Agradeço ainda a todas as pessoas que intervieram neste processo de alguma forma, enriquecendo-o.

Sou muito grata a todos....



## Resumo

Este relatório descreve o percurso do estágio de natureza profissional enquanto estudante do 6º CMESMO e 11º CPLEESMO, realizado no Centro Hospitalar Tondela Viseu E.P.E e na Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique de 1 de março de 2021 a 28 de janeiro de 2022. Trata-se de uma análise retrospectiva do processo de aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à aquisição do título de EEESMO pela Ordem dos Enfermeiros.

O estágio foi desenvolvido em contextos que permitiram cuidar a mulher/família durante o ciclo gravídico-puerperal: sala de partos, puerpério, patologia da gravidez, ginecologia e neonatologia. Aqui, foram desenvolvidas atividades que permitiram adquirir e desenvolver competências específicas na prestação de cuidados à doente do foro ginecológico, às grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

O presente relatório, descreve as experiências vividas, as competências desenvolvidas, durante o estágio, assim como, as intervenções realizadas e seu confronto com a melhor evidência científica. Foi ainda realizada uma análise crítica e reflexiva que possibilitou o crescimento como futuro EEESMO. De salientar o contexto pandémico por Covid-19 vivido que condicionou, em parte, as práticas especializadas.

No âmbito da Unidade Curricular, Estágio com Relatório Final, desenvolvemos uma investigação, com o tema **Perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica**, pois existem relatórios oficiais que reconhecem a presença desta realidade nas instituições de saúde portuguesas. Em 2014 a OMS definiu as práticas que constituem desrespeito à mulher e que dão visibilidade à violência obstétrica e a sua política dos cuidados tem-se focado na humanização. São os enfermeiros obstetras que cuidam a mulher durante o trabalho de parto e parto, daí, ser importante perceber as suas perceções relativamente a esta realidade

São **objetivos** deste estudo, traduzir e validar a escala PercOV-S, identificar a perceção dos enfermeiros obstetras relativa à violência obstétrica e analisar a relação entre a perceção dos Enfermeiros Obstetras sobre violência obstétrica e as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional.

**Metodologia:** Estudo, de natureza quantitativa, descritivo correlacional, analítico, de foco retrospectivo. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 172 EEESMOS (Média de idade de 42 anos). O instrumento de colheita de dados foi o questionário que permitiu caracterizar a amostra nos aspetos sociodemográficos, profissionais e formativos. Foi ainda incluída a escala PercOV-S (Mena-Tudela et al., 2020)

**Resultados:** a idade, o respeito pelas expectativas do casal durante o atendimento, o reconhecimento de ter presenciado violência obstétrica, a formação sobre violência obstétrica e a pertinência dessa formação são as variáveis que influenciam a perceção sobre violência obstétrica nos enfermeiros obstetras.

**Conclusão:** podemos referir a importância da sensibilização para práticas onde a violência obstétrica se encontra presente, nos cuidados prestados por EEESMOS, uma vez que a eliminação da violência obstétrica melhora os cuidados especializados prestados em todas as áreas do cuidado à mulher, do ciclo gravídico-puerperal passando pelas situações de aborto.

**Palavras-chave:** Saúde Materna; Enfermagem Obstétrica, Enfermeiro Obstetra, Violência Obstétrica.



## Abstract

This report describes the course of the internship of a professional nature as a student of the 6th CMESMO and 11th CPLEESMO, carried out at Centro Hospitalar Tondela Viseu E.P.E and at the Unidade de Saúde familiar Infante D. Henrique from March 1, 2021 to January 28, 2022. It is a retrospective analysis of the process of acquisition and development of skills inherent to the acquisition of the title of EEESMO by the Ordem dos Enfermeiros.

The internship was developed in contexts that allowed taking care of the woman/family during the pregnancy-puerperal cycle: delivery room, puerperium, pregnancy pathology, gynecology and neonatology. Here, activities were developed that allowed the acquisition and development of specific skills in the provision of care to gynecological patients, pregnant women, parturients, postpartum women and newborns.

This report describes the lived experiences, the skills developed during the internship, as well as the interventions carried out and their confrontation with the best scientific evidence. A critical and reflective analysis was also carried out, which enabled growth as a future EEESMO. Emphasis in the pandemic context experienced by Covid-19 that conditioned, in part, specialized practices.

Within the scope of the Curricular Unit, Internship with Final Report, we developed an investigation, with the theme **Obstetric nurses' perception of obstetric violence**, as there are official reports that recognize the presence of this reality in Portuguese health institutions. In 2014, the WHO defined the practices that constitute disrespect for women and that give visibility to obstetric violence and its care policy has focused on humanization. It is obstetric nurses who take care of women during labor and birth, hence, it is important to understand their perceptions regarding this reality.

The **objectives** of this study are to translate and validate the PercOV-S scale, to identify the perception of obstetric nurses regarding obstetric violence and to analyze the relationship between the perception of obstetric nurses about obstetric violence and the variables of sociodemographic, training and professional context.

**Methodology:** Study, quantitative, descriptive, correlational, analytical, with a retrospective focus, composed of a non-probabilistic convenience sample of 172 EEESMOS (Average age of 42 years). The data collection instrument was a questionnaire that allowed for the sociodemographic, professional and training characterization. The PercOV-S scale (Mena-Tudela et al., 2020) was also included.

**Results:** we found that age, respect for the couple's expectations during care, recognition of having witnessed obstetric violence, training on obstetric violence and the relevance of this training are the variables that influence the perception of obstetric violence in obstetric nurses.

**Conclusion,** we can refer to the importance of raising awareness of practices where obstetric violence is present, in the care provided by EESMOS, since the elimination of obstetric violence improves the specialized care provided in all areas of care for women, from the pregnancy-puerperal through abortion situations.

**Keywords:** Maternal Health; Obstetric Nursing, Obstetric Nurse, Obstetric Violence.



# Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>23</b>
<b>I Capítulo .....</b>	<b>29</b>
<b>Relatório da componente clínica.....</b>	<b>29</b>
<b>1. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em sala de partos.....</b>	<b>35</b>
1.1 Contextualização do estágio .....	35
1.2 Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista .....	36
1.3 Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento .	39
1.4 Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais durante o trabalho de parto e parto .....	42
1.5 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN) na adaptação à vida extrauterina .....	47
1.6 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto .....	48
<b>2. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em Puerpério</b>	<b>51</b>
2.1 Contextualização do estágio .....	51
2.2 Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista .....	52
2.3 Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais durante o puerpério .....	53
2.4 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina .....	57
2.5 Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante no pós-parto .....	60
<b>3. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio de ginecologia e patologia da gravidez .....</b>	<b>63</b>
3.1 Contextualização do estágio .....	63
3.2 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no âmbito da doente que vivencia processo de doença ginecológica .....	64

3.3 Desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações, diagnóstico precoce e tratamento da mulher com patologia obstétrica ..... 72

**4. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em neonatologia .....76**

4.1 Contextualização do estágio..... 76

4.2 Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mãe/pai que vivenciam processo de doença do seu RN..... 77

4.3 Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN) ..... 79

**5. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em promoção da saúde da mulher .....87**

5.1 Contextualização do estágio..... 87

5.2 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no âmbito da promoção da saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações, tratamento, reabilitação e readaptação..... 87

**6. Aquisição do número de experiências mínimas exigidas curricularmente .....90**

**Considerações finais .....93**

**Referências Bibliográficas .....97**

**II Capítulo .....103**

**Relatório final da componente de investigação .....103**

**Resumo .....105**

**Abstract .....107**

**Introdução.....109**

**1 Violência obstétrica .....111**

Parto humanizado..... 115

**2 Material e métodos .....117**

2.1	Participantes: .....	118
2.1.1	Caracterização sociodemográfica da amostra .....	119
2.2	Instrumento de recolha de dados .....	120
2.2.1	Caracterização sociodemográfica, profissional e formativa.....	120
2.2.2	Escala PercOV-S (perceção sobre violência obstétrica) .....	120
2.2.3	Critérios de operacionalização das variáveis independentes .....	131
2.2.4	Critérios de operacionalização da variável dependente .....	132
2.3	Considerações éticas e legais.....	132
2.4	Análise dos dados .....	133
<b>3</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>135</b>
3.1	Análise descritiva .....	135
3.1.1	Caracterização das variáveis do contexto profissional .....	135
3.1.2	Caracterização das variáveis do contexto formativo .....	137
3.1.3	Caracterização da perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica – PercOV-S 139	
3.2	Análise inferencial .....	140
3.2.1	Que variáveis sociodemográficas influenciam a perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica? .....	140
3.2.2	Que variáveis de contexto profissional influenciam a perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica? .....	140
3.2.3	Que variáveis de contexto formativo influenciam a perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica? .....	142
<b>4</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>144</b>
4.1	- Discussão metodológica .....	144
4.2	- Discussão dos resultados .....	145
	<b>Conclusão .....</b>	<b>151</b>
	<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>155</b>
	<b>Anexos .....</b>	<b>159</b>
	<b>Anexo 1: (PercOV-S Mena-Tudela, D. et al, 2020) .....</b>	<b>160</b>
	<b>Anexo 2: Pedido parecer comissão de ética do IPV .....</b>	<b>162</b>
	<b>Anexo 3: Parecer favorável da comissão de ética do IPV.....</b>	<b>166</b>
	<b>Apêndices .....</b>	<b>167</b>

<b>Apêndice I: (Descrição da organização do serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia) .....</b>	<b>168</b>
<b>Apêndice II: (Procedimento: Medidas de promoção do Aleitamento Materno).....</b>	<b>170</b>
<b>Apêndice III: (Procedimento: Escala NSRAS).....</b>	<b>175</b>
<b>Apêndice IV (Apresentação: “Legislação e Parentalidade”) .....</b>	<b>182</b>
<b>Apêndice V: (Apresentação: Violência Obstétrica) .....</b>	<b>198</b>
<b>Apêndice VI: (Apresentação: Plano de Parto) .....</b>	<b>208</b>
<b>Apêndice VII: (Instrumento de recolha de dados).....</b>	<b>221</b>
<b>Apêndice VIII: (Escala PercOV-S traduzida e validada).....</b>	<b>225</b>

## **Índice de figuras**

Figura 1: Esquema conceptual da investigação.....	118
Figura 2: Gráfico de declive da escala de PercOv.....	127
Figura 3: Modelo inicial .....	130
Figura 4: Modelo final reespecificado.....	130



## Índice de tabelas

Tabela 1: Modelos de comunicação de más notícias.....	68
Tabela 2: Estatística da idade em função do sexo .....	119
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica em função da idade.....	119
Tabela 4: Estatísticas e correlação de Pearson entre os itens e valor global da PercOV-S ....	126
Tabela 5: Valores mínimos, máximos, de assimetria (sk) e curtose (Ku) e respectivos rácios críticos dos itens remanescentes submetidos a análise fatorial confirmatória.....	128
Tabela 6: Estimativas, rácios críticos e coeficientes lambda.....	129
Tabela 7: Índices de bondade de ajustamento global do modelo inicial e final .....	131
Tabela 8: Critérios de operacionalização das variáveis de contexto profissional .....	132
Tabela 9: Critérios de operacionalização das variáveis de contexto formativo .....	132
Tabela 10: Caracterização das variáveis profissionais em função da idade .....	137
Tabela 11: Caracterização das variáveis formativas em função da idade .....	138
Tabela 12: Estatísticas relativas à perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica.....	139
Tabela 13: Níveis de perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica em função da idade.....	139
Tabela 14 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a violência obstétrica.....	140
Tabela 15: Resultados dos testes ANOVA, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para a relação entre as variáveis profissionais e a violência obstétrica.....	142
Tabela 16: Resultados dos testes U de Mann-Whitney e Test T de Student a relacionar as variáveis formativas e a PercOV-S.....	143



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

ACO – anticoncepcional oral

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT – Ameaça de parto pré-termo

CCIRA – Comissão de Controlo de Infecção e de Resistências aos Antimicrobianos

CHTV EPE – Centro Hospitalar Tondela Viseu Entidade Publica Empresarial

CMESMOG – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia

COC – Contracetivos Orais Combinados

COVID-19 – CoronaVirus Disease 2019/Coronavírus

CPLEESMO – Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG/RCT – Cardiotocografia

CVP – Cateter Venoso Periférico

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção Geral da Saúde

DPC – Dilatação pielocalicial

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EP – Embolia pulmonar

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

GSP – Globo de Segurança de Pinard

HSTV – Hospital de São Teotónio de Viseu

ICM – International Confederation of Midwives

Id – 1 vez por dia

IG – Idade Gestacional

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

ITU – Infecção do Trato Urinário

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPP – Curso de preparação para o parto e parentalidade

PUPPP/PEP – pápulas e placas urticariformes pruriginosas da gravidez ou erupção polimórfica da gravidez

RANU – Rastreio auditivo neonatal universal

RN – Recém-nascido

SDR – Síndrome de dificuldade respiratória

SP – Sala de Partos

TEV – Tromboembolismo venoso

TP – Trabalho de Parto

TVP – Trombose venosa profunda

UCERN – Unidade de cuidados Específicos ao recém-nascido

## Introdução

Este documento foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, foram realizados estágios nos vários contextos de prestação de cuidados à mulher, desde o ciclo gravídico puerperal, passando ainda pela ginecologia e neonatologia. Estes estágios estão integrados no plano de estudos do 11º Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e 6º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu.

A enfermagem atualmente tem uma maior exigência técnico-científica, o que leva a que haja uma maior diferenciação e especialização. O estatuto da ordem dos enfermeiros, para dar resposta, atribui o título de enfermeiro especialista numa das seis especialidades existentes. A este enfermeiro especialista reconhece-se competência técnico-científica e humana na prestação de cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade, no entanto, pressupõe-se que, para além das competências enunciadas em cada área de especialização, que estes partilhem competências comuns que se aplicam a qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, sendo que estas envolvem as dimensões de educação, orientação, aconselhamento, liderança, bem como a responsabilidade de compreender, divulgar e realizar investigação que seja relevante e pertinente, logo, que traga contributos para o avanço e melhoria contínua da prática da enfermagem (Portugal, Regulamento nº 140/2019).

O Foco dos cuidados de enfermagem são a promoção dos projetos de saúde que “cada pessoa vive e persegue”, sendo a Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo a entidade que beneficia dos cuidados de enfermagem da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Está “subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” devendo a Mulher ser “entendida numa perspetiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve” (Portugal, Regulamento nº391/2019, p. 13561)

Para o estágio foi estabelecido como principal objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais num caminho de especialização como EEESMO. Os restantes objetivos que foram estabelecidos para o estágio foram: conhecer a organização e funcionamento da unidade funcional de cada local de estágio/serviço;

aquisição/desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (desenvolver competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolver competências do domínio da gestão da qualidade, desenvolver competências do domínio da gestão de cuidados) e aquisição/desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a saber:

- Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal;
- Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez;
- Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais à mãe/pai que vivenciam processo de doença do seu recém-nascido (RN);
- Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados ao RN;
- Desenvolver competências na promoção do Aleitamento Materno;
- Promover a saúde da mulher em situação de abortamento;
- Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais durante o trabalho de parto e parto;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN) na adaptação à vida extrauterina;
- Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais à doente que vivencia processo de doença ginecológica;
- Adquirir o número de experiências mínimas exigidas curricularmente.

O relatório visa refletir sobre a consecução dos objetivos delineados, estando esses enquadrados nas competências comuns do enfermeiro especialista (Portugal, Regulamento nº140/2019), competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (Portugal, Regulamento nº391/2019) e no guia orientador dos estágios do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia: 11º CPLEESMO. Tendo em consideração que durante o percurso de estágio se adquiriram e desenvolveram competências teóricas, práticas e relacionais na área da Saúde Materna e Obstétrica que neste relatório foram alvo de descrição e análise de forma crítica e reflexiva à luz da melhor evidencia científica, norteadas pela teoria de médio alcance das transições de Alaf

Meleis. Todas as intervenções foram planeadas e executadas sob a supervisão de EEESMO, exceto no estágio de neonatologia em que foram orientadas por enfermeiros especialistas da área.

Sendo o momento do parto um momento importante e por norma gratificante na vida da mulher, há, no entanto, inúmeros casos em que isso não se verifica, sendo esta mulher vítima de desrespeito, abuso e maus-tratos. Este tipo de violência de género é designado de violência obstétrica e acontece no contexto da assistência à saúde da mulher durante o pré-natal, gravidez, pós-parto e aborto, sendo esta praticada por profissionais da área de saúde.

A Organização Mundial de Saúde reconheceu a sua presença nas instituições de saúde em 1985, e desde então tem manifestado a sua preocupação emanando estratégias para a sua eliminação, desde a promoção do parto humanizado, passando pela categorização das práticas obstétricas em 1996 e mais recentemente definindo a violência obstétrica e emitindo um documento sobre formas de prevenção e eliminação da mesma, em 2014.

É também um tema debatido diariamente nos média e redes sociais sob a perspetiva das mulheres/casais, que inclusivamente após uma petição conseguiram que o assunto fosse debatido na Assembleia da República Portuguesa que emitiu a Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, na qual, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendou ao Governo que tomasse diligencias para a eliminação de práticas de violência obstétrica e realizasse um estudo nacional anónimo sobre práticas de violência obstétrica (Portugal, Resolução da Assembleia da República nº181/2021). No entanto, a perceção dos enfermeiros obstetras, que são veículo de mudança de condutas, carece de mais investigação. Nesse sentido, e no nosso percurso formativos, foi realizado um estudo com a questão de investigação **“Quais as perceções dos enfermeiros obstetras sobre a violência obstétrica?”**, para o qual se estabeleceram como objetivos traduzir e validar, para a população portuguesa, a escala PercOV-S de Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020); identificar a perceção dos enfermeiros obstetras relativa à violência obstétrica e analisar a relação entre a perceção dos Enfermeiros Obstetras sobre violência obstétrica e as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional. Neste sentido, desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional, analítico e de foco retrospectivo, numa amostra não probabilística por conveniência de 172 enfermeiros obstetras a exercer funções na sua área de especialidade. No final, pretende-se que esta investigação contribua para a sensibilização e desenvolvimento de práticas com vista à melhoria dos cuidados dos EEESMOS, em todas as áreas do cuidado à

mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal, incluindo as situações de aborto, livre de qualquer tipo de violência.

Este relatório está dividido em dois capítulos, sendo o primeiro de componente clínica, no qual se pretende demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESMO bem como a repercussão deste percurso ao nível pessoal e profissional. Dado o contexto pandémico em que foram realizados os estágios e pelas condicionantes institucionais, os estágios não foram realizados na ordem desejada, cumprindo a ordem natural do ciclo reprodutivo e, inclusivamente, teve de ser interrompido o estágio de patologia da gravidez para realizar o de neonatologia, dada a transferência profissional para este serviço e a necessidade de evitar conflito de interesses. Também pela pandemia COVID-19, as oportunidades de aprendizagem no estágio de patologia da gravidez foram escassas, sendo que este tema foi mais explorado tanto na sala de partos e no puerpério. Este capítulo, portanto, encontra-se dividido inicialmente em competências comuns do enfermeiro especialista e, por contexto de estágio a aquisição e desenvolvimento de competências específicas. Começa na sala de partos em que se desenvolveram competências na promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento, competências durante o trabalho de parto e parto, na prestação de cuidados especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina e no âmbito da mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto. Segue o estágio de puerpério, no qual se relatam as atividades desenvolvidas no âmbito do puerpério, transição para a parentalidade, cuidados especializados ao RN na adaptação à vida extrauterina e cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante no pós-parto. Posteriormente, foram realizados os estágios de ginecologia e patologia da gravidez, que ficam agregados no tópico, em que se descreve o processo de desenvolvimento de competências no âmbito da doente que vivencia doença ginecológica e competências na promoção da saúde, prevenção de complicações, diagnóstico precoce e tratamento da mulher com patologia obstétrica. O estágio em contexto de neonatologia, é o quinto tópico, no qual se valida a aquisição de competências relacionadas à mãe/pai que vivenciam processo de doença do seu RN e competências na prestação de cuidados especializados ao RN. Por último, o estágio de promoção da saúde da mulher, no qual se relatam as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências na promoção da saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações, tratamento, reabilitação e readaptação.

O segundo capítulo engloba a componente de investigação com o tema “**As percepções dos enfermeiros obstetras sobre a violência obstétrica**”. Este tema é contemporâneo, debatido

em redes sociais, com fortes implicações ético-legais e que provoca danos permanentes às mulheres que sofrem violência obstétrica. Tendo em consideração não haver outro estudo realizado em Portugal com esta problemática, ou seja, focando-se nos profissionais de saúde que são os principais prestadores de cuidados no ciclo gravídico puerperal da mulher e em situações de aborto, é pertinente perceber a sua perceção relativamente à violência obstétrica de modo a compreender como intervir para reduzir a sua incidência na prestação de cuidados e melhorar a qualidade das práticas especializadas.



## **I Capítulo**

### **Relatório da componente clínica**



Os EEESMO prestam cuidados de enfermagem especializados à mulher no seu contexto familiar, social, cultural entre outros, nas diferentes fases do seu ciclo de vida. Aquando da gravidez, inicia-se a fase de transição para a parentalidade, sendo esta caracterizada por vulnerabilidade e instabilidade na conjugalidade, e os seus mecanismos de adaptação terão repercussão no casal, na saúde e no bem-estar do RN e na restante família. Cabe ao EEESMO apoiar, capacitar, empoderar os casais e suas famílias neste processo potenciando a saúde e o bem-estar de todos os elementos envolvidos na mesma (Portugal, Regulamento nº391/2019). Neste contexto, o apoio numa teoria de enfermagem é essência, Meleis & Dean (2007) consideram as teorias de enfermagem, como reservatórios de conhecimentos, em que estes podem ser articulados e organizados em significados. Portanto existe um corpo de conhecimento em vez de um conjunto de conhecimentos isolados. Logo há um marco histórico da enfermagem quando se desenvolvem as teorias em enfermagem. As teorias de enfermagem são um fio condutor da prática profissional, e que influenciam a tomada de decisão, o pensamento crítico, orientando o ensino e a área de investigação e promovem autonomia na enfermagem (Tomey et al., 2004). Meleis no seu percurso profissional empenhou-se no estudo e compreensão das teorias de enfermagem, tendo-as definido como a “conceptualização de aspetos da realidade de enfermagem, transmitidos de modo a descrever fenómenos, explicar a relação entre esses fenómenos e prever as suas consequências ou prescrição de cuidados de enfermagem” (Meleis, 2010, p. 37)<sup>1</sup>. Em parceria com Schumacher (Meleis, 2010), verificou que o conceito de transição, ao nível clínico, era foco de interesse, tendo afirmado que deveria ser considerado como o conceito central da disciplina de enfermagem. Neste contexto caracterizaram estas transições, tendo definido as suas propriedades e dimensões, estabelecido relações com outros conceitos como enfermagem, ambiente, cliente e saúde. Com base neste pressuposto surge a teoria de médio alcance, designada Teoria das Transições (Meleis, 2010). Com esta teoria pretende-se compreender o desenvolvimento do ser humano quando ocorrem mudanças que são ou não previsíveis da sua vida, pretende-se ainda compreender as suas respostas em situações de stress. Dentro do ciclo de vida, a pessoa é confrontada com situações, destaca-se o nascimento de um filho, que condiciona alterações da sua vida, que levam a uma fase de transição e ajuste perante o evento. A enfermagem tem ação neste contexto, dado que atua na promoção e manutenção da saúde, na doença e recuperação, vendo o cliente como um

---

<sup>1</sup> Nursing theory is defined as a conceptualization of some aspect of nursing reality communicated for the purpose of describing phenomena, explaining relationship between phenomena, predicting consequences, or prescribing nursing care (Meleis, 2007, p. 37)

ser holístico, cuidando/apoiando nas transições para promover respostas ajustadas dentro do seu contexto (ajuste de identidade, conjugal, familiar, social, entre outros). Isto deve-se ao facto de que a pessoa e o seu contexto estão em mudança constante, em movimento e em interação contínua, portanto, esta pessoa tem capacidade de ajuste a essas mudanças, independentemente da sua duração (Meleis & Dean, 2007).

Meleis em parceria com Trangenstein (Meleis, 2010) definem as transições como a passagem de uma condição, *status* ou fase da vida para outra diferente, de uma ou mais pessoas de um determinado contexto/situação, sendo que estas transições têm foco tanto no processo como no resultado da interação complexa pessoa-ambiente. E, Meleis e Schumacher (2010), categorizaram as transições, de relevo para a enfermagem, em quatro: as transições de desenvolvimento (existem situações previsíveis/normais no ciclo de vida caracterizadas como fenómenos complexos e dinâmicos: casamento, parentalidade, entre outros), situacionais (resultado de mudanças provocadas por qualquer situação, em que aumenta ou diminui as funções preexistentes no seu universo relacional: morte de familiar, mudança profissional, etc.), de saúde/doença (há uma mudança súbita no estado de saúde para a doença aguda ou crónica, que implica mudança de papéis da pessoa e família) e organizacionais (mudanças ambientais, condicionadas por alterações socioeconómicas, políticas, entre outras). Algumas dessas transições podem ocorrer de forma isolada, em simultâneo ou precipitar outras. São os enfermeiros, na prestação de cuidados que planificam e executam intervenções de modo a dar resposta a estas transições, com objetivo de as ajudar a de um modo saudável alcançar um resultado saudável (Meleis, 2010). Funcionando a enfermagem como uma arte e ciência que facilita a saúde e bem-estar da população durante as transições, focando-se nos processos e experiências durante as mesmas, com vista à saúde e percepção de bem-estar. E, há propriedades universais das transições, dentro das quais os pontos críticos ou eventos, o envolvimento, a mudança, a consciencialização e o intervalo de tempo. Que levam a mudanças de habilidades, papéis, da identidade, das relações interpessoais, de padrões de comportamento a nível individual e familiar (Meleis, 2010). Assim sendo estas condicionam momentos de vulnerabilidade, insegurança, incerteza, fragilidade, desequilíbrio, afastamento e ajuste. Poderá haver algumas dificuldades neste ajuste, no entanto, estas transições devem ser vistas como positivas, porque permitem crescer, amadurecer, desenvolver, alcançar uma maior estabilidade e empoderamento (Meleis, 2010).

Há fatores que podem influenciar de forma positiva ou negativa o resultado das transições, quer ao nível individual, familiar, das populações, são eles as expectativas, o grau de conhecimento,

os significados, a habilidade, o ambiente, o bem-estar físico e emocional e o grau de planejamento (Meleis, 2010). Portanto, para compreender as transições tem de conhecer bem estes fatores, realizando assim uma planificação de cuidados adequada a cada cliente com objetivo de uma transição saudável. Meleis (2010) identificou alguns indicadores de uma transição saudável: percepção de bem-estar tanto subjetivo como relacional e existência de mestria (desempenho especializado de um papel, de forma confortável como exigido nesta nova situação), sendo que a mestria engloba a competência, o conhecimento, a autoconfiança, os comportamentos, as habilidades e a tomada de decisão. No entanto nem sempre as pessoas estão preparadas para uma transição e, neste caso, ser realizada de forma pouco eficaz o que pode levar a *Role Insufficiency* (insuficiência de papel) que é quando surge dificuldade ao nível do conhecimento e/ou desempenho de um papel bem como dos sentimentos e objetivos associados ao comportamento inerente a esse papel, sendo estes percecionados pelo próprio ou pessoa/s significativa/s. Quando percecionam essa incapacidade de desempenho do papel, de acordo com as expectativas podem sentir ansiedade, frustração, hostilidade, tristeza, .... o que irá dificultar o alcance de resultados saudáveis. Meleis, empiricamente e teoricamente introduziu a intervenção de enfermagem *Role Supplementation* (suplementação de papel), com vista a ajudar a/s pessoa/s e familiares a interiorizarem o seu novo papel, integrando no seu *self* e levar à mestria do desempenho. Esta intervenção pode ser usada preventivamente ou interventivamente e inclui estratégias com vista ao conhecimento, aprendizagem e clarificação de papeis com recurso à interação com os outros (Meleis, 2010).



## **1. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em sala de partos**

### **1.1 Contextualização do estágio**

O estágio decorreu na Sala de Partos (SP) do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV- EPE), que é designado, pela instituição, de “Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia”, tendo uma duração de 18 semanas, 24h por semana, sob tutoria de 3 EEESMO e sob orientação pedagógica da Professora Doutora Paula Nelas.

Este serviço, em contexto de pandemia, de janeiro a julho de 2020, teve uma atividade assistencial de 1851 doentes na urgência de ginecologia e 5820 na urgência de obstetrícia. Ocorreram na SP 1045 (577 eutócicos, 202 distócicos e 266 cesarianas) {, 2020, Relatório analítico da atividade assistencial e desempenho económico-financeiro}

Relativamente aos recursos humanos, há uma equipa médica, de enfermagem e de assistentes operacionais 24 horas por dia, que se distribuem por turnos rotativos. A equipa de enfermagem é constituída por 27 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica, estando um em função de chefia, há ainda uma parteira, num total de 28 elementos.

Este serviço está dividido em duas áreas que são contíguas, divididas por uma antecâmara (*transfer*): urgência de Ginecologia e Obstetrícia e Sala de Partos.

Realizei 2 turnos no Serviço de Urgência, sendo que os restantes foram na Sala de Partos. A Urgência de Ginecologia e Obstetrícia é constituída por 1 Sala de espera com 2 WC (feminino e masculino), gabinete de secretariado, 3 gabinetes médicos, 2 Vestiário com WC (feminino e masculino), sala de sujos, gabinete de ecografia, gabinete de RCT, sala clínica, sala de material clínico, sala de enfermagem e 2 quartos de SO (sala de Observações, cada um com 2 camas).

A metodologia de trabalho presente em ambas as áreas é o método individual de trabalho.

A Sala de Partos é constituída por 7 quartos de parto (1 de isolamento com antecâmara), antecâmara de acesso da urgência ao quarto 7 (circuito Covid), 1 *hall* amplo, sala de enfermagem com balcão, 2 gabinetes de apoio à sala de enfermagem, 2 WC para utentes (um com chuveiro), vestiário com WC, 6 salas de stock (soros/esterilização, consumíveis, rouparia, material diverso, material de apoio clínico, hotelaria), 2 sala de sujos (lixos, limpeza/desinfecção), sala Telemedicina (de apoio à pediatria), sala de reuniões, copa, 2 quartos de pós-parto (2 camas cada), WC dos funcionários, sala de arrumos (ao pé do gabinete da chefe),

gabinete da enfermeira chefe e gabinete médico (anestesia).

As utentes que ficam internadas na sala de partos podem ter duas proveniências, urgência de ginecologia e obstetrícia e internamento de patologia da gravidez, sendo os critérios de internamento nesta sala início de trabalho de parto, indução de trabalho de parto e interrupção médica da gravidez. Após internamento na SP podem ter alta para o domicílio (quando não se verifica TP ativo e não há indicação para indução do mesmo), ser internadas na patologia da gravidez, puerpério ou neonatologia ou serem transferidas para o bloco Operatório.

Durante o estágio, elaborei, para o manual de enfermagem do serviço a descrição física do serviço (Apêndice I).

## 1.2 Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

No que concerne aos circuitos Covid 19, há sempre situações pontuais ao longo do tempo que nos levam a adaptar a novas normas de organização e gestão de recursos, relembro uma situação em que a parturiente tinha critérios de cura de Covid, o acompanhante estaria em isolamento profilático e ainda assim durante algum tempo a indicação da parturiente foi de ficar no quarto de isolamento. Sendo que havia critérios de cura de Covid 19, após um mínimo de 10 dias em doente assintomático, não havendo indicação para isolamento e, inclusivamente, na comunidade podem regressar a sua atividade laboral (Direção Geral de Saúde [DGS], 2021). Nesse sentido a parturiente poderia ter ficado logo nos quartos sem critérios de isolamento, o que só aconteceu posteriormente após contacto com a CCIRA. Observei, no entanto, uma postura humana, solidária e atenciosa por parte dos enfermeiros relativamente a esta situação, pressionando a equipa médica para contactar a CCIRA de modo a conseguir mobilizar a parturiente para outro quarto. Isto é importante na medida em que, enquanto em quarto de isolamento apenas pode deambular no quarto e casa de banho associada, nos restantes quartos o facto de poder sair do quarto para ir à casa de banho, de ter contacto com os profissionais sem as barreiras desnecessárias neste contexto (e dado que não pode ter acompanhante), já ajuda a minimizar o impacto de não poder ter a pessoa significativa presente. No entanto, as medidas de isolamento em parturientes COVID 19 positivas, estão de acordo com a norma e, inclusivamente, as instalações e circuitos proporcionam o bem-estar da parturiente neste contexto tão peculiar e há um interesse genuíno na equipa de enfermagem em proporcionar uma boa experiência de parto a estas mulheres, demonstrando-lhes disponibilidade, atenção e sensação de segurança, zelando pelos direitos da parturiente e agindo de modo ético e

profissional o que incentiva qualquer elemento que entre na equipa a ser sempre melhor pessoa e profissional.

No decorrer do estágio, verifiquei que, a maioria dos utentes desconhece os seus direitos e deveres, cheguei a presenciar uma situação em que havia reivindicação de direitos que não tinha e a manifestação de desprezo pelos seus deveres: a parturiente era israelita, tinha tido uma má vigilância da gravidez (consultas erráticas em 3 países distintos) encontrando-se há pouco tempo em Portugal. Recusava-se a usar máscara porque afirmava que o COVID 19 era uma conspiração para controlar a população mundial, e muito embora tenha sido várias vezes elucidada sobre o facto de ela poder ter a sua opinião, no entanto tinha o dever de cumprir as normas da instituição que tinha escolhido para o parto, manteve sempre uma postura agressiva para com todos os elementos da equipa multidisciplinar e não usou a máscara (Direção Geral de Saúde [DGS], 2021b)

Na realização do meu trabalho de investigação, tenho que ir atualizando os meus conhecimentos sobre violência obstétrica, o que me reporta para uma conduta baseada no código ético e deontológico e com base na evidencia científica. Portanto, não realizei procedimentos sem o consentimento da mulher/casal e evitei, dentro dos meus conhecimentos e validação com as tutoras, de realizar procedimentos desnecessários, que são má-prática profissional.

Verifiquei que a equipa de enfermagem da sala de partos tinha a preocupação, durante o acolhimento, ou nas primeiras horas de internamento, em tentar compreender quais as expectativas da parturiente/casal face ao parto, se tinham plano de parto e quais os conhecimentos da parturiente/casal face ao parto. Na maioria das vezes, a parturiente/casal só queria estar informada sobre o que lhe estava a acontecer, garantir o seu consentimento informado e ser tratada com respeito. Inclusivamente recordo uma situação em que o casal tinha um plano de parto, com uma introdução que explicava a importância do bebé e do seu parto para os pais. Tinham alguns objetivos como a progressão natural do trabalho de parto, o pegar o bebé aquando da expulsão, cortar o cordão umbilical, entre outros, no entanto mencionavam que se houvesse necessidade de mudar esta conduta, só queriam estar informados do porquê e que lhes fosse explicada a alternativa. A minha tutora sentou-se com o casal a explanar os tópicos do plano de parto, disse-lhes que eram procedimentos que por norma já se realizavam, se não houvesse situação de risco clínico que o contrariasse, mas que iriam estar sempre informados.

A recetividade/abertura/disponibilidade ao plano de parto, é distinta entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar. Em determinada altura foi questionada a prossecução de cuidados

de acordo com o mesmo plano. No entanto, durante o trabalho de parto e parto, conseguimos que o casal tivesse o que tanto tinha expectado e, quando fui ver a puérpera ao internamento de puerpério, verifiquei que estava muito feliz com a sua experiência de parto e bem-adaptada ao seu novo papel.

Cada puérpera tem um quarto, tentamos sempre manter a porta fechada, quer para a privacidade do casal, quer para a realização de procedimentos, evitando ter muitas pessoas dentro do quarto, e pedindo a permissão ao casal para permanecer no quarto, ou realizar procedimentos.

Tentei sempre conhecer um pouco o casal, para centrar neles os meus cuidados, corresponder às suas expectativas e acima de tudo, para que sentissem que me preocupava, que estava interessada neles e que os meus cuidados são personalizados. A título de curiosidade, foi raro entrar num quarto em que não soubesse o nome da parturiente e do acompanhante e, a das primeiras questões que fazia era sempre qual o nome do bebé.

Considero que o meu tema de investigação neste contexto é pertinente, muito atual, dado que é o tema de investigação também deste serviço para este ano. Os EEESMOS estão despertos para esta temática e tentam providenciar uma boa experiência de parto, proporcionando, na sua maioria, experiências de parto humanizadas.

Decorrente da investigação em curso sobre violência obstétrica, e a pedido da enfermeira chefe e da enfermeira responsável pela formação em serviço, realizei, neste âmbito, formação em serviço (2 sessões de 1h). Durante e após a apresentação do tema, a equipa de enfermagem expôs a sua opinião, com espaço para debate e reflexão crítica. Percebeu-se que, talvez pelo facto de ser um tema atual e sensível, a equipa revelou sensibilidade e perceções distintas.

Alguns dos elementos da equipa de enfermagem dinamizam o curso de preparação para o parto, que na atualidade é realizado online, para grávidas acima das 26 semanas de gestação. Neste contexto, fazem investigação e mantêm-se atualizados, de forma a dar resposta às necessidades da população alvo.

Durante os turnos, assisti a vários debates informais, sobre atualização de *guidelines* e evidencia científica recente. Para estar sempre atualizada e conseguir participar nos debates, fui mantendo atualizada a leitura de *guidelines* e artigos da FIGO, ACOG, ICM e DGS.

Este estágio focou-se, essencialmente, nos cuidados às parturientes/casais. No entanto, quando estive com a tutora como responsável de turno, apercebi-me que esta demonstrava a iniciativa de gerir as refeições da equipa, de realizar a gestão de recursos humanos quando falhasse um elemento (contactando outros que assegurassem os turnos que ficavam em défice de elementos

para garantia de dotações seguras), verificava os níveis e validades de stock de fármacos e materiais de consumo requisitando o material em falta e repondo.

Verifiquei que não se realiza triagem nesta urgência, como recomendado pela Ordem dos Enfermeiros, sendo uma das competências dos EEESMOS: “A triagem num serviço de urgência obstétrica e ginecológica é uma metodologia imprescindível e obrigatória, pois além de facilitar a gestão clínica das utentes, determina a prioridade clínica no seu atendimento. Fornece ao profissional que a realiza, uma prioridade de atendimento clínico e não um diagnóstico, para definir o encaminhamento da utente aos vários níveis de cuidados dentro da instituição (...) De referir que esta é uma triagem de prioridades em função de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada que indicam a prioridade de atendimento clínico com que a utente deve ser atendida e o respetivo tempo alvo recomendado até à observação médica (...) é da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros especialistas de Saúde Materna e Obstétrica e ginecológica proceder à realização da triagem das utentes que recorram a uma urgência...” (Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2017, pp. 2–3).

Estabeleci uma boa relação com os elementos da equipa de enfermagem, estando sempre disponível para cuidar das parturientes e das utentes da urgência e, sempre que me apercebia de algo que nunca tinha observado, pedia permissão para assistir ou intervir.

### 1.3 Promover a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento

Como já referi anteriormente, tive a oportunidade de realizar 2 turnos na Urgência de Ginecologia/Obstetrícia, que, por constrangimentos relacionados com a pandemia, tem ajudado na resposta à vigilância de gravidez no 3º trimestre. Isso permitiu que eu pudesse realizar a monitorização materno-fetal, utilizando como recurso alguns exames complementares de diagnóstico (análises pré-anestésicas, cardiotocografia, etc.)

Em duas situações distintas, pude lidar com situações interrupção médica da gravidez e, embora “a imagem da maternidade, culturalmente, é amplamente conhecida como sinónimo de sucesso, o nascimento de um filho é considerado um acontecimento feliz para as famílias, mas, infelizmente, algumas gravidezes terminam em perda” (Montero et al., 2011).

Na Legislação Portuguesa a Interrupção da Gravidez esta dentro dos limites do quadro legal

quando realizada pelo médico, ou sob sua direção, em estabelecimentos oficiais ou reconhecidos, com o consentimento da mulher grávida, quando “existem seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e se for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo”. É de declaração obrigatória à DGS de acordo com a Portaria nº 741-A/2007 e nos casos de anomalias congénitas podem ser simultaneamente reportadas no Registo Nacional de Anomalias Congénitas (RENAC). Sempre que possível deve ser determinada a idade gestacional, considerando a ecografia do primeiro trimestre. A interrupção da gravidez pode ser realizada através de métodos farmacológicos ou cirúrgicos (Bombas et al., 2017).

Tinha estabelecido como objetivo de estágio o acompanhamento de situações de IMG porque, para mim, seria o mais difícil de lidar dentro desta área de especialização e, como tal, deveria tomar um contacto mais próximo, enquanto estudante. A situação que mais me marcou e que permaneceu no meu pensamento ao longo do estágio, foi de uma mulher de 25 anos, acompanhada pelo namorado. Gesta 1 Para 0, com idade gestacional de 24 semanas e 4 dias. Diagnóstico fetal de malformação cerebrovascular no Sistema Nervoso Central.

O casal inicialmente não entendeu como iria decorrer este processo. Daí que não levassem mala/roupa/produtos de higiene para a grávida. Após conversa com casal percebi que achavam que iria ser colocado algum “produto na vagina” ou “tomar alguns comprimidos” e que iriam para casa aguardar o decorrer do tratamento. O primeiro impacto do casal foi quando se aperceberam que poderia demorar e que após este processo a grávida ficaria internada. (Refiro-me à mulher como grávida, porque o estava efetivamente, se sentia como tal e, a adaptação durante o procedimento foi difícil e penosa). Inicialmente foi realizado feticídio, que é a indução da morte fetal, que “deve ser realizada como adjuvante nas situações de interrupção médica de gravidez após as 21 semanas” pelo obstetra, evitando que o feto nasça vivo (Bombas et al., 2017).

Posteriormente iniciou-se a administração de prostaglandinas. A grávida tinha CVP (cateter venoso periférico) e já tinha realizado colheitas de sangue para hemograma, coagulação e bioquímica à entrada, logo com resultados. A grávida ficou febril, com dor, náuseas e arrepios, sendo necessário administrar antipiréticos, antieméticos e analgésicos com o apoio da anestesista. Ficou a dor controlada bem como os restantes sintomas. São estes efeitos adversos da interrupção medicamentosa (neste caso misoprostol).

Os procedimentos realizados estão de acordo as *guidelines* para este procedimento (Bombas et

al., 2017): colocação de cateter em veia periférica, colheita de sangue para hemograma, administração de antibioterapia profilática (definir em função do protocolo existente em cada Instituição), garantir analgesia adequada, administração de imunoglobulina anti-D, nas mulheres Rh-negativas e disponibilizar apoio psicológico.

Foi explicado todo o procedimento ao casal, o que iria decorrer, o que podiam esperar ver quando se desse a expulsão do feto e foi oferecida a possibilidade de pegarem no feto, fotografarem ou outro ritual que pretendessem realizar que lhes facilitasse o luto. Este ensino foi realizado pelo enfermeiro da equipa da manhã e pela minha tutora no turno da tarde, com recurso a linguagem cuidada e acessível, num ambiente calmo mostrando toda a disponibilidade, empatia e respeito pelo casal. Pude assim compreender qual seria a melhor abordagem num momento de transição tão difícil, percebendo os tempos do ensino, o modo de apoiar e de mostrar presença não intrusiva.

Quando se explicou que, aparentemente, não iriam ver malformações no feto, a primeira questão que o casal colocou foi: “então, mas afinal pode estar tudo bem com a bebé?”, e foi necessário reformular o que se tinha dito. Aí já eu consegui intervir na conversa e, no mesmo registo colaborar e tirar algumas dúvidas que haviam permanecido.

Realizei este parto. O feto ficou devidamente aconchegado no colo da mãe, para que se pudessem despedir e o pai fotografou quando o sugerimos. A mãe manteve sempre um olhar distante, olhando rapidamente para o feto, sem fixar o seu olhar. O pai manteve a distância, no que pareceu uma tentativa de se manter calmo.

Segundo Silva (2019), as perdas gestacionais são “acontecimentos que afetam o casal e podem desencadear processos de sofrimento, onde são observadas manifestações de dor, como tristeza, desapontamento, culpa e angústia, sendo ambos os pais afetados pela perda, e as reações de cada elemento do casal à perda, não são independentes.”

A definição de luto, pelo International Council of Nurses (ICNP, 2019) é de “sentimentos de enorme tristeza associados a significativa perda e morte, real ou antecipada; choque e descrença (Fase de choque); exaustão, cansaço intenso e letargia, angústia mental, reações de aflição e expressão do luto, choro ou soluços, alarme, descrença, negação, raiva (Fase de reação); ajustamento, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de estresse somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (Fase de aceitação)”.

Segundo as minhas tutoras e elementos da equipa de enfermagem, o apoio psicológico prestado

é dado pela equipa de enfermagem, durante o procedimento e no internamento, mas consideram ser claramente insuficiente, faltando o recurso a um psicólogo neste contexto, que desse seguimento ao casal. Na evidência, encontra-se a justificação deste seguimento, dado que, segundo Burden (2016) há taxas mais altas de distúrbios psicológicos e emocionais em pais enlutados, tais como depressão, transtorno de ansiedade, agorafobia, raiva, entre outros. Há, portanto, maior uso, por estes pais, de assistência médica, mais dias de afastamento do trabalho e problemas relacionados com o sono (October et al., 2018).

Prestei cuidados ao feto, sendo que consegui manter o profissionalismo enquanto me mantive na presença do casal. No entanto, quando saí do quarto senti o impacto desta situação em mim e, eu própria, tive de fazer o luto. Foi das raras circunstâncias, desde o início do meu percurso como enfermeira, que tive necessidade de perder o controlo das minhas emoções e chorar, para de seguida me focar novamente e continuar o turno.

Aquando da assistência ao parto de um feto morto, em contexto de IMG, é essencial a humanização de todo o processo de parto, devendo-se diminuir as intervenções desnecessárias, respeitar as decisões da mulher e parceiro no que concerne à intimidade e ao acompanhamento. É difícil ser testemunha de uma IMG, sendo que, a perda perinatal tem impacto emocional, não só nos pais, mas também nos enfermeiros obstetras que os acompanham. Os enfermeiros obstetras podem manifestar sentimentos “de pena, ansiedade, insegurança, ressentimento, culpa, raiva, sensação de fracasso e impotência e estão relacionados principalmente ao não saber enfrentar e manejar essas situações” (Montero et al., 2011).

Há, portanto, o luto do casal/família e dos profissionais de saúde, que não são insensíveis ao sofrimento, são empáticos e, que vivem numa especialidade em que se esperam alegrias, nascimentos, gratidão e não é espectável dor e sofrimento.

#### 1.4 Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais durante o trabalho de parto e parto

Segundo Fatia A. & Lúcia Tinoco (Nené et al., 2020) o trabalho de parto “é um conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” sendo um parto eutócico um parto que ocorre espontaneamente, de um feto de apresentação de vértice, sem instrumentação, entre as 37 e as 42 semanas de gravidez.

No início do trabalho de parto instalam-se contrações uterinas regulares e dolorosas, com frequência e intensidade, isto enquanto o colo uterino se extingue e dilata. O trabalho de parto

dá-se em 4 estádios: 1º apagamento e dilatação do colo, 2º período expulsivo, 3º de quietadura, 4º puerpério imediato (2 horas após o parto) (Nené et al., 2020).

É no **primeiro estágio do TP** que é realizada a maior parte da atuação do EEESMO. A parturiente entra na SP após realizar a anamnese no serviço de urgência ginecológica e obstétrica, realiza o teste Covid e é encaminhada para o quarto dos “suspeitos Covid”. Passados 20 min, após resultado do teste Ag Covid 19 negativo, entra o acompanhante. Nesta altura realizamos o acolhimento, em que nos apresentamos, dentro do contexto pandémico apresentamos a unidade, explicamos os materiais que estão presentes no quarto e mostramos disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida ou ajudar.

Damos algum tempo ao casal para se ambientar e, posteriormente tentamos conhecer um pouco mais o casal, ver quais as suas expectativas, se tiveram preparação para o parto e se pretendem a analgesia epidural para o parto (nesse caso fazem-se as colheitas de sangue para avaliação anestésica), de acordo com as queixas ou alterações vamos intervindo.

Se a mulher referir intensificação da dor, oferecemos medidas não farmacológicas da dor, como a massagem, o banho quente, a bola de pilates (ensinando a usá-la), técnicas de relaxamento, exercícios respiratórios, incentivar a deambulação, uso de técnicas de distração ou a contrapressão.

Houve uma parturiente que queria ficar sem analgesia epidural, o máximo de tempo que conseguisse controlar a dor. Com ela consegui ir aplicando algumas técnicas, como o relaxamento, técnicas de distração, as técnicas respiratórias, a massagem, a contrapressão, a bola de pilates, no início ainda deambulou por algum tempo e esteve quase até o 2º estágio do TP sem necessitar de analgesia epidural. Ajudou muito o facto de o casal ter realizado preparação para o parto, estar bem informado e consciente do que é o trabalho de parto e parto.

Se a mulher não quer usar técnicas não farmacológicas ou se já não controlar a dor, temos a anestesia em permanência 24h e, de acordo com a avaliação anestésica e obstétrica poderá ser realizada analgesia epidural ou sistémica. Colaborei inúmeras vezes neste procedimento (colocação de cateter epidural) e, na maioria dos casos teve um rápido efeito, mantendo, no entanto, a sensibilidade. Há um contratempo com a analgesia epidural neste serviço, desde o momento em que a iniciam, as mulheres ficam confinadas ao leito, com o cateter conectado a uma seringa perfusora. E, muito embora mantenham sensibilidade, na maioria dos casos foi difícil conseguirem posicionar-se em quatro apoios, ou de joelhos na cama, ou qualquer posição supina, só conseguiam virar-se no leito.

Houve, no entanto, uma situação em que a mulher deixou de ter dor, mas também perdeu toda a sensibilidade e, no período expulsivo, teve alguma dificuldade nos esforços expulsivos e sentia-se impotente. Referiu várias vezes que gostou de não ter dor, mas o facto de não ter sensibilidade a deixou frustrada.

Nos casos em que a parturiente dava entrada na SP em período expulsivo, sem haver tempo de intervenção para analgesia epidural, foi utilizada anestesia local no local para episiotomia/episiiorrafia e/ou correção das lacerações para sua correção, isto para a mulher não ficar muito desconfortável.

No que concerne à evolução do TP (trabalho de parto) só era realizada avaliação obstétrica no início de cada turno, pelo obstetra. A avaliação pelos EEESMOS era efetuada quando a parturiente manifestava alguma alteração que o justificasse (rotura de membranas, necessidade de iniciar esforços expulsivos, intensificação da dor durante as contrações que não cedem a técnicas de alívio da dor, entre outras). Nestas avaliações aprendi “a ver com os dedos”, a conseguir perceber a dilatação, as características do colo, os planos de descida e variedade da apresentação. Aprendi ainda que nem sempre se consegue avaliar a variedade, que o assinclitismo é uma das situações que pode induzir em erro, e que um colo muito posterior pode dar a falsa percepção de dilatação completa. A avaliação da pélvis foi-se tornando mais fácil com o avançar do estágio. No final do estágio tive mais dúvidas em certas avaliações, no entanto, conseguia debatê-las melhor e assim aprender mais com as tutoras. Refiro ainda que é absolutamente incrível a forma como conseguimos perceber os vários tempos do mecanismo de parto através da avaliação.

Consegui ainda avaliar a cardiocografia, principalmente nas situações de uma monitorização suspeita/patológica. A corioamniotite foi uma das situações que por duas vezes foi detetada no meu turno, uma das parturientes teve indicação de cesariana e na outra situação foi submetida a parto instrumentado por ventosa e o RN foi transferido para a neonatologia por risco infeccioso após avaliação pela pediatra.

Relativamente ao **período expulsivo** houve algumas situações que me marcaram.

Realizei um parto em que, durante todo o trabalho de parto o CTG era normal, mesmo durante o período expulsivo até que visualizo o “sinal de tartaruga”, avalio, tem 2 circulares apertadas ao nível cervical, tenho que cortar e soltar o cordão imediatamente, o feto mantém o polo cefálico à vulva, pedi colaboração às colegas para a manobra de *McRoberts* e aí consegui soltar o ombro anterior/posterior e ocorreu a expulsão do corpo. Foi uma deliberação de ombros

difícil, mas para mim foi o suficiente para ter sentido *stress* e, no que foram momentos, pareceu-me passar imenso tempo.

A distócia de ombros é uma emergência obstétrica, é imprevisível e acarreta preocupações do foro médico legal que condicionam o facto de ter ganho relevo nos últimos anos. Há alguns fatores de risco descritos, no entanto, têm baixo valor preditivo (Marques & Reynolds, 2011)

“A distócia de ombros manifesta-se classicamente pelo sinal da tartaruga que se caracteriza pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno, em direção à pelve, logo após a sua exteriorização na altura do nascimento. Este sinal associa-se à ausência da rotação interna do diâmetro biacromial. Segundo o ACOG, a distócia de ombros define-se pelo uso adicional de manobras obstétricas para exteriorização dos ombros para além da habitual tração inferior na cabeça fetal, aquando do nascimento. Esta situação acontece quando o ombro anterior ou o posterior, não consegue ultrapassar o plano promonto-púbico materno. Há ainda a possibilidade de existir uma incompatibilidade franca entre o diâmetro biacromial fetal e o diâmetro promonto-púbico materno resultando numa distócia de ombros antero-posterior ou bilateral. Os casos graves de distócia de ombros são inequívocos mas, formas menos graves podem ser sobre ou subdiagnosticadas (Marques & Reynolds, 2011).

A atuação do EEESMO para resolver a distócia de ombros passa por identificar a situação, avaliando os sinais clínicos – “sinal de tartaruga”. Nesta altura deve implementar medidas para reduzir a ansiedade da parturiente e executar o protocolo de atuação HELPERR (Mascarenhas et al., 2020):

- Call for **H**elp - chamar ajuda.
- Evaluate for **E**pisiotomy - avaliar a necessidade de efetuar uma episiotomia;
- **L**egs - Manobra de McRoberts;
- Suprapubic **P**ressure - pressão suprapúbica;
- Enter internal maneuvers - manobras de rotação interna (manobra de Rubin II - colocação dos dedos por detrás do ombro anterior do feto, empurrando-o em direção à parede anterior do tórax; manobra de Wood’s Screw- os dedos são colocados na face anterior do ombro posterior, exercendo pressão para que este rode para o dorso do feto; manobra de Wood’s Screw Reversa- colocar dois dedos no por detrás do ombro posterior do feto, de modo a exercer pressão para que rode no sentido do tórax anterior

- **Remove the posterior arm** - extração do ombro posterior: tentativa de extração do membro superior fetal que está em posição superior introduzindo a mão na vagina da parturiente, identificando o cotovelo, promovendo a flexão do braço sobre a parede torácica anterior, sendo libertada a mão, o antebraço, o braço e o ombro.
- **Roll the patient** - manobra de Gaskin (rodar a parturiente para posição de 4 apoios, levando a um aumento dos diâmetros sagital e da saída pélvica).

Em último recurso colaborar com o obstetra na realização de cleidectomia, manobra de Zavanelli e/ou Sinfisiotomia.

Em contexto de discussão de ideias em equipa, uma das situações que foi colocada foi a realização da manobra de ritgen modificada, sendo a manobra de ritgen “um procedimento obstétrico que ajuda na exteriorização da apresentação (favorece a flexão da cabeça e facilita a sua extração) e evita a expulsão violenta que pode ocasionar lesões perineais (...) É também uma manobra preventiva de lacerações do esfíncter anal, sendo realizada nos intervalos entre as contrações uterinas (...) A manobra na sua versão modificada, a qual consiste na sua realização durante a contração uterina, em vez de entre as contrações.”{Cristina Manuela Ferreira-Couto, 2017, Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da} Portanto, o profissional controla a forma como a cabeça é expulsa, para que ocorra de uma forma gradual, lenta. Só é possível a sua realização quando há coroação (diâmetro suboccipito-frontal do feto visível). Uma das mãos do operador está colocada no períneo, entre a região anal e coccígea, a aplicar pressão sobre a face e o mento do feto através do períneo, a outra mão colocada no polo cefálico para controlar a velocidade da sua expulsão (Oppenheimer L. & Black, 2014). No entanto, tal como foi debatido, o apoio simples do períneo diminui a presença de lacerações de grau 2 enquanto a manobra de ritgen diminui a presença de lacerações de grau 1, não havendo estudos que verifiquem as diferenças nas lacerações de grau 3 ou 4 (são, no entanto, achados de baixa evidencia, não devendo servir de base a mudança de práticas). Já a aplicação de compressas mornas/quentes e a massagem perineal podem reduzir o trauma perineal severo - lacerações de 3º e 4º grau (Aasheim et al., 2017).

Não tive nenhuma situação de dequitação complicada, tive algumas situações em que foi necessária massagem uterina pois havia dificuldade na formação do GSP (Globo de Segurança de Pinard) após a dequitação, mas nada que necessitasse de outra intervenção. Segundo as minhas tutoras, desde que se iniciou o protocolo de 10UI de Ocitocina logo após a dequitação, tiveram poucos casos de atonia uterina e isso é validado com o parecer conjunto da ICM

(International Confederation of Midwives) e da FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) (International Federation of Gynecology and Obstetrics & International Confederation of Midwives [FIGO&ICM], 2021). Neste parecer definem a hemorragia pós-parto como uma condição devastadora, mas que se pode prevenir, ocorre quando a mãe tem uma grave hemorragia após o parto e, quando não tratada rapidamente pode ser fatal. Essas mortes podem ser prevenidas com o uso de uterotônicos, massagem uterina, fluidoterapia e ácido tranexâmico. De acordo com a evidencia mais recente a FIGO e a ICM recomendam o uso de uterotônicos no 3º estágio do TP para prevenção da hemorragia pós-parto sendo parto vaginal ou cesariana. O que se alinha com as recomendações da Organização Mundial de Saúde de 2018. A recomendação é de 10 UI de ocitocina em todos os partos, via intramuscular ou endovenosa (FIGO&ICM, 2021)

O pós-parto imediato é realizado na SP para maior vigilância. 2 horas após o parto, realizam-se os cuidados vulvoperineais e avaliam-se sinais vitais. Se estiver dentro dos parâmetros normais, retira-se o cateter epidural, obtura-se o CVP e fornece-se uma refeição à puérpera. Só depois a puérpera vai para o internamento de obstetrícia, acompanhada pelo seu RN.

### 1.5 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN) na adaptação à vida extrauterina

Na sala de partos, mal nasce o RN é colocado limpo no peito nu da mãe, aguarda-se 60 segundos ou até o cordão deixar de pulsar e dá-se a oportunidade ao pai ou à mãe de cortar o cordão, isto, tendo em consideração as ultimas *guidelines* da OMS que preconizam a clampagem tardia do cordão, esta é realizada na maioria dos partos, exceto quando ocorreu colheita de células estaminais por vontade dos pais, quando se deteta presença de circulares apertadas cervicais ou quando o estado do RN não é tranquilizador. “A clampagem tardia do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendada para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido” (World Health Organization [WHO], 2013).

Como benefícios da clampagem tardia do cordão umbilical para o RN temos o aumento das reservas de ferro no momento do nascimento e menor risco de anemia infantil, redução da hemorragia intraventricular, menor prevalência de enterocolite necrosante, menor prevalência de sepsis infantil e por ultimo menor número transfusões de sangue necessárias (WHO, 2013).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda um atraso na

clampagem do cordão umbilical tanto em bebês de termo como prematuros de pelo menos 30-60 segundos após o nascimento. Isto acontece em linha com outras organizações profissionais e baseia-se nos benefícios que a maioria dos RN tem com este procedimento (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2010)

Após esse momento valida-se a vontade da mãe em amamentar, ensinam-se os sinais de fome e coloca-se o RN à mama. Ao final de cerca de 1 hora veste-se o RN, pesa-se, mede-se o perímetro cefálico e avalia-se a estatura, administra-se a fitomenadiona e coloca-se a identificação (devidamente validada com a mãe). Realiza-se ensinamentos sobre boa pega e dá-se privacidade para garantir a vinculação da díade/tríade.

Este protocolo só se muda em situações muito específicas, relacionadas com a necessidade de intervenção da pediatria, no entanto, na grande maioria dos casos foi possível realizar contacto pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento, sendo este contacto definido como a prática em que o RN é seco e colocado diretamente no peito nu da mãe após o nascimento, estando ambos cobertos por um cobertor quente durante um período de pelo menos uma hora ou até depois da primeira mamada. É importante na medida em que acalma e relaxa mãe e bebê, regula a frequência cardíaca e a respiração do RN, ajudando-o na adaptação à vida extrauterina, faz estimulação da digestão e aumenta o interesse na alimentação, regula a temperatura corporal do RN, permite a colonização da pele do RN com a microbiota materna, proporcionando proteção contra infecções, estimula a liberação de hormonas essenciais para a amamentação e a maternidade, melhora a saturação de oxigênio do RN e reduz os níveis de cortisol. Despoleta um comportamento instintivo intenso em ambos, num processo único que, se não for interrompido, resultará na primeira mamada (United Nations International Childrens Emergency Found [UNICEF], n.d.). As únicas situações em que isso não aconteceu esteve relacionada com parto instrumentado em que a primeira avaliação do RN é realizada pelo pediatra, em casos de índice de APGAR baixo (monitorização da adaptação do RN à vida extrauterina no 1º 5º e 10º minuto, sendo os resultados de 0 a 10) ou SDR.

## 1.6 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto

Prestei cuidados a várias parturientes com diabetes gestacional insulino-tratada. No entanto, na maioria dos casos as mulheres estavam com as glicemias controladas com alimentação e

exercício. Faziam o controlo das glicémias as refeições. Em trabalho de parto fazíamos a monitorização de glicémia capilar de 4/4 horas, mantinham o soro glicosado a 125ml/h.

De acordo com o procedimento do serviço, explicávamos que o protocolo do serviço ia de encontro ao que já faziam em casa e recomendávamos que usassem o material de ambulatório durante o TP. O objetivo era avaliar os seus conhecimentos sobre a diabetes e o seu controlo, não agravar os sentimentos de ansiedade, permitir que expusessem as suas dúvidas e mostrar que estávamos sempre disponíveis.

Mostrei disponibilidade para colaborar na elaboração de um protocolo da diabetes tipo 1, insulinotratada com controlo metabólico por bomba perfusora, fiz investigação sobre o tema e falei com peritos, falei inclusivamente com elementos da equipa de enfermagem que consideravam ser um contributo na melhoria dos cuidados. Mesmo que não fosse possível fazer um novo protocolo, poderia ser adaptado ao controlo da bomba de insulina pela parturiente de acordo com o protocolo pré-existente no serviço (avaliação de glicémia capilar horária, com ajuste da perfusão de insulina 50UI em 50ml de soro fisiológico de acordo com o valor de glicémia, com perfusão contínua de soro polieletrólítico glicosado a 125ml/h) no entanto, não consegui avançar com o protocolo por questões organizacionais. Considero, no entanto, que este meu contributo deu início a uma pequena mudança que irá, posteriormente ao meu tempo de estágio, dar origem a um protocolo que dê resposta à necessidade do serviço.

Tive uma situação em particular que me marcou, uma parturiente 40 anos, Gesta 2 Para O, como antecedente pessoal uma trombofilia, que foi medicada na gravidez com enoxaparina 40 subcutânea (sc) id. Na gravidez anterior, de termo, fez um hematoma retroplacentar e o feto morreu. Neste parto, estava receosa, foram explicados os sinais de alerta e ficou com o marido tranquila no quarto.

Quando toca a campainha, fui de imediato ver o que precisava, ela diz que está a perder um “bocadinho de sangue”, mas levanto o lençol peça para aguardar e chamo ajuda, a parturiente foi logo algaliada e fomos de imediato para o bloco operatório onde se confirmou um descolamento de placenta, portanto intervimos atempadamente e, tanto a puérpera como o RN ficaram bem.

Em confronto com a evidencia verifiquei que para hemorragia muito abundante que coloca em risco a vida da grávida se deve estabilizar a grávida e chamar obstetra e anestesia para cesariana de emergência, independentemente da idade gestacional. Neste caso, de placenta abrupta, em que há uma separação de toda a placenta do seu local de implantação, a vida do RN estava em

risco pela falta de aporte materno.

## **2. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em Puerpério**

### **2.1 Contextualização do estágio**

O estágio decorreu no serviço Obstetrícia A do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV- EPE), com uma duração de 4 semanas, 24h por semana, sob orientação de um EEESMO e sob orientação pedagógica da Professora Doutora Paula Nelas.

O CHTV-EPE é uma unidade de saúde de referência, que dá resposta à Região Interior Centro do país, o que inclui o ACES Dão-Lafões e três concelhos do ACES Douro-Sul. E, o serviço de Obstetrícia A, situado no 6º piso, teve 787 internamentos com alta em 2020 e já conta 737 em até maio de 2021 (Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE, 2021).

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros (havendo um enfermeiro especialista escalado por turno), médicos especialistas e internos da especialidade de Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria, assistentes operacionais, administrativos, assistente social e dietista. A equipa de enfermagem é comum às alas A e B e orienta-se pelo método individual de trabalho.

No que concerne ao espaço físico, o serviço é constituído por 5 enfermarias de 4 camas com casa de banho e chuveiro dedicado, 3 quartos com 2 camas com casa de banho e chuveiro dedicado, sala de pensos/observação ginecológica, gabinete da enfermeira chefe, WC para colaboradores, copa de leite, sala de enfermagem com balcão, sala de terapêutica, sala de cuidados ao RN, sala de sujos, sala de limpos e sala de desinfeção de camas. Tem ainda em comum com a Ala B (onde realizei o estágio de ginecologia e patologia da gravidez) o secretariado, a sala projeto alta segura, 1 WC de visitas e 1 para utentes, 2 vestuários de colaboradores, copa de distribuição refeições a utentes, uma sala de registo civil e direção de serviço. Apresenta uma lotação máxima de 26 leitos.

As puérperas podem ser internadas pela sala de partos ou bloco operatório, enquanto os RN podem ainda provir da neonatologia. No momento da alta as puérperas poderão ir para o domicílio ou para a “casa das mães” (instalações da instituição para acolher as puérperas que têm os seus RN internados na UCERN) enquanto os RN, se tiverem agravamento da sua situação clínica, podem ter necessidade de ser internados na UCERN ou aquando da alta irão com os seus pais para o domicílio.

Em contexto pandémico, algumas rotinas do serviço tiveram de ser adaptadas, e as visitas, sendo um possível foco de contágio, são mais controladas. Na primeira semana, a visita da

pessoa de referência era realizada das 14-16h, a partir daí, houve indicação para que as puérperas/RN que se encontravam alojadas em camas pares tinham hora de visita das 14-16h, as das camas ímpares ficaram com a visita das 17-19h. Na última semana houve ainda indicação da diretora de serviço para que a pessoa de referência subisse com a puérpera da sala de partos para a acompanhar e conhecer o serviço.

## 2.2 Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

Em qualquer contexto de prestação de cuidados de enfermagem, tendo em consideração as questões ético-legais inerentes ao código de conduta dos enfermeiros, a violência/violação dos direitos humanos tem de ser uma problemática debatida e, após falar com a minha tutora e enfermeira chefe do serviço, verifiquei que havia interesse em aprofundar o conhecimento relativo à violência obstétrica, daí que assumi o compromisso de realizar formação em serviço relativamente a esse tema, assim que a instituição recomece o plano formativo (interrompido com a pandemia), para toda a equipa da obstetrícia A e B/Ginecologia.

Considero, após algumas entrevistas informais, que a equipa não está bem informada sobre o que é violência obstétrica, no entanto, respeita a díade, manifesta um esforço genuíno em ajudar a puérpera na transição para a maternidade, dando-lhe confiança nas competências adquiridas e no seu instinto, e acima de tudo respeitando as suas decisões informadas.

Por questões pessoais, sou muito sensível a certas questões relacionadas com o puerpério, neste caso foi facilitador, permitiu-me integrar bem nesta forma de cuidar, de estar perante a díade/tríade, de conhecer as suas expectativas, de dar informação para que exista o consentimento informado, a decisão esclarecida e, acima de tudo de ajudar a díade/tríade na transição para a parentalidade, dando confiança a uma puérpera no desenvolvimento das suas novas competências (mesmo as que têm mais filhos, dado que cada um é diferente e a adaptação familiar é sempre um desafio).

Nos primeiros turnos senti que não conseguia estar suficientemente perto das puérperas, sendo o processo informático um *handicap* que prejudicava a parte humana e relacional, no entanto, quanto melhor eu o percebia, mais próximo conseguia estar da díade.

Lembro-me de uma puérpera, em particular, que nunca tinha sonhado ser mãe, no entanto, no contexto da sua relação com o marido ganhou a motivação para dar esse passo que, para ela, era para o desconhecido porque nunca tinha lidado com bebés ou crianças. Surgiram algumas

dificuldades na amamentação, perfeitamente normais, para as quais ela não estava preparada e sentia-se frustrada, achava que não seria capaz. Consegui estar presente, fazer ver que muitas puérperas passam por essas dificuldades e que o problema não era dela e que ela era capaz de lidar com as adversidades da maternidade e que era uma excelente mãe, observei também a intervenção da minha tutora que lhe indicou os recursos existentes na comunidade de suporte à amamentação. Estes, existem porque é um desafio a amamentação e as mães por vezes precisam de ajuda. No dia da alta verifiquei que tinha adquirido tanto as competências como a confiança e manifestou gratidão pelo nosso papel.

Inúmeras situações surgiram que levaram a investigar certos temas, para que conseguisse demonstrar o cuidado diferenciado de EEESMO. Desde o aprofundar os cuidados com o ingurgitamento mamário, porque senti, durante um ensino a uma puérpera, insegurança na informação que estava a transmitir, inclusivamente no que se refere à amamentação a RN com fenda palatina.

### 2.3 Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais durante o puerpério

O puerpério é um período de 6 semanas após o parto em que há uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas ao estado pré-gravídico. Pode ser dividido em três períodos: puerpério imediato (primeiras 24h) puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Graça, 2018). No entanto, no puerpério imediato, com foco nas 2 primeiras horas, a vigilância da equipa de enfermagem deve ser continua pelo maior risco de ocorrência de complicações (Sequeira et al., 2020).

A puérpera, fica por norma 2 horas na sala de partos ou no recobro do bloco operatório, o puerpério imediato. Tirando os casos em que o RN fica internado na neonatologia e a puérpera fica internada sozinha no puerpério, existe sempre a atenção em a colocar num quarto sozinha, ou com outra puérpera nas mesmas circunstâncias, o que lhes permite apoiarem-se.

Quando a puérpera vem do bloco operatório, já o RN está há cerca de 2 horas no internamento, isto porque não é possível, nesta instituição, o RN fazer pele a pele nas primeiras 2 horas no recobro do bloco operatório. Objetivamente não cumpre uma das medidas dos hospitais amigos dos bebés: “Ajudar as mães a iniciarem o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento” (United Nations International Childrens Emergency Found [UNICEF], 2017) e não promove o contacto pele a pele na primeira hora o que é de extrema importância tanto na vinculação como na adaptação à vida extrauterina do RN (UNICEF, n.d.). Está previsto, no

entanto, o contacto pele a pele com o pai em caso de cesariana não programada.

O alojamento conjunto favorece a amamentação, dado que a puérpera consegue olhar pelo seu RN, tocá-lo e perceber o que o RN precisa. Isso leva a que o seu corpo se prepare para a amamentação e ajuda o leite a fluir (Levy & Bértolo, 2012).

Durante o internamento e, na transição para a parentalidade, as dúvidas mais frequentes das puérperas relacionam-se com a amamentação. Algumas manifestam apenas insegurança neste processo, bastando apenas assegurar que está a adaptar-se bem de modo que ganhem confiança e se sintam empoderadas; outras puérperas têm mais algumas dificuldades com necessidade de se instruir sobre a amamentação, treinar este processo e no final do internamento já deverão amamentar de forma autónoma, cabendo-nos o papel de supervisão.

Na instrução, não apenas devemos falar sobre as vantagens e desvantagens da amamentação, como também da fisiologia da lactação e as suas dificuldades. Por algumas vezes me apercebi que as puérperas não conhecem as dificuldades da amamentação, criando uma noção irrealista de um processo sem qualquer dificuldade. Sendo este tema em muitas famílias um tabu.

A amamentação é um processo de aprendizagem, a puérpera tem de aprender a segurar a sua mama e a posicionar o RN de modo a fazer boa pega mama, enquanto o RN tem de “aprender como pegar na mama para ter uma sucção eficaz” devendo aproximar-se da mama por debaixo do mamilo, o que leva a uma boa adaptação entre a boca do RN e a mama da puérpera. Fica assim o mamilo posicionado para o palato do RN, estimulando o reflexo de sucção, o lábio do bebé “posicionado para debaixo do mamilo de modo a colocar a língua por baixo dos canais galactóforos” (o queixo do RN toca na mama e o seu lábio inferior esta virado para fora), “a boca do bebé abrange a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela e o RN “estica o tecido da mama para fora, para formar um longo bico” logo o RN não mama no mamilo mas na aréola, vendo-se mais aréola acima do que abaixo da boca do RN (Levy & Bértolo, 2012, p. 23).

A puérpera tem de reconhecer uma boa pega, tem de saber posicionar o seu RN e desenvolver estratégias para ultrapassar pequenas dificuldades. É aqui que o EEESMO tem o seu papel, foi aqui que mais me empenhei, no ensino (instruir/treinar/supervisionar). Inicialmente com uma abordagem mais interventiva, posteriormente focando-me mais na capacitação da puérpera: progressivamente a conseguir transmitir o conhecimento, fazer pequenas correções e por último validar o processo de aprendizagem supervisionando sinais de boa pega, com o RN bem posicionado. Inúmeras vezes me senti realizada aquando da alta da díade, porque aquela

puérpera saia com a amamentação bem estabelecida e, na minha perspectiva, com todas as ferramentas para uma transição para a parentalidade saudável.

Relembro, no entanto, uma situação em particular, em que no 3º dia de internamento, uma puérpera apresentava ingurgitamento mamário, eu realizei alguns ensinamentos, mas não me sentia segura da informação que estava a transmitir, tendo a minha tutora se apercebido e dirigiu os restantes ensinamentos.

Muito embora eu soubesse que a descida do leite ocorre pelo 2-3º dia, e soubesse alguns cuidados genéricos para colmatar esse desconforto, não estava a adequar os cuidados aquela puérpera em específico. Este processo é manifestado por mamas mais pesadas e duras, que podem ficar quentes, devido ao aumento de leite e à quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos da mama (Levy & Bértolo, 2012), por norma o leite sai com facilidade e não dificulta a amamentação. Pode haver um aumento da temperatura corporal materno, que não costuma ultrapassar os 38°C durante 24h. Após alguns dias as mamas ficarão vazias e confortáveis.

Por vezes, quando o leite não é retirado em quantidade suficiente, pode ocorrer ingurgitamento mamário, neste caso “as mamas ficam tensas, brilhantes e dolorosas, e pode ser difícil retirar o leite. A aréola está tensa e é difícil para o bebé agarrar uma quantidade suficiente da mama para poder sugar. A mãe pode amamentar menos porque tem dor. A produção de leite diminui porque a criança mama durante pouco tempo, de modo não eficaz, e o leite não é retirado. A mama pode ficar infetada porque o leite não é drenado e, especialmente, se a mãe tem fissuras nos mamilos.”(Levy & Bértolo, 2012, p. 26). É muito importante a amamentação em livre demanda, com posicionamento e pega correta para evitar o ingurgitamento mamário. Quanto este já está instalado importa tratá-lo extraíndo o leite da mama, colocando o RN a mamar, com expressão manual ou bomba, isto porque quando se consegue retirar um pouco de leite, a mama fica mais macia e o bebé poderá sugar mais eficazmente, mas, se o RN não consegue mamar, a puérpera deve retirar o leite para um copo e dá-lo ao RN. Deverá continuar a retirar a quantidade e com a frequência necessária para que as mamas fiquem mais confortáveis e até que o ingurgitamento desapareça e, para retirar o leite mais facilmente pode estimular o reflexo de ocitocina que funciona melhor se (Levy & Bértolo, 2012, p. 27) se a puérpera “Estiver descontraída e com o bebé por perto; passar com o chuveiro ou com água quente (parches); beber uma bebida morna (não café, chá preto ou cacau); massajar levemente com a ponta dos dedos ou com a mão fechada na direção dos mamilos. Se as mamas apresentarem edema, pode aplicar água fria ou gelo, depois de retirar o leite.” O ingurgitamento mamário, com recurso a estas técnicas, costuma resolver-se e a amamentação mantém-se durante o processo.

Se uma puérpera está devidamente esclarecida sobre a amamentação e não pretende amamentar, essa decisão deve ser respeitada, sem qualquer juízo de valor. Houve 2 situações em essa decisão foi tomada e foi respeitada, uma destas decisões prendeu-se com a necessidade de ajustar terapêutica antidepressiva no pós-parto em mulher com diagnóstico prévio de depressão. Neste contexto foi realizado ensino sobre a preparação do LA (leite adaptado) e formas de administração.

No que concerne à observação obstétrica, uma puérpera com 12h de puerpério, ou seja, no puerpério precoce, apresentava abdômen doloroso, com útero ligeiramente acima da linha umbilical e com perdas hemáticas aumentadas, que se manifestava por hemorragia em “fio” mantida. A puérpera tinha urinado há pouco tempo e não apresentava globo vesical, no entanto coloquei uma arrastadeira, pedi para tentar urinar, tendo tido uma pequena micção, e aí iniciei massagem uterina. Mantive a massagem até o útero contrair e parar a hemorragia e referenciei a situação à médica assistente. Quando foi avaliada pela obstetra a situação estava resolvida e ficou apenas a indicação de vigilância. Segundo o parecer conjunto da ICN e da FIGO (FIGO&ICM, 2021) define-se a hemorragia pós-parto como uma condição devastadora mas que se pode prevenir, ocorre quando a puérpera tem uma grave hemorragia após o parto e, quando não tratada rapidamente pode ser fatal. Essas mortes podem ser prevenidas com o uso de uterotônicos, massagem uterina, fluidoterapia e ácido tranexâmico.

Numa passagem de turno as colegas passaram a informação de uma puérpera que tinha tido uma hemorragia pós-parto significativa, com repercussão hemodinâmica, que não tinha cedido à massagem uterina, com necessidade de ser avaliada pela obstetra, tendo realizado ocitocina 10UI. No meu turno não teve perdas aumentadas, realizou-se, no entanto, ecografia para verificar se havia restos placentares no útero (sendo esta uma das causas de hemorragia pós-parto).

Tive muitas oportunidades de aprendizagem durante este estágio, algumas que raramente surgem neste contexto.

No decorrer do estágio, surgiu a situação de uma puérpera, que apresentava um *rash* cutâneo, com ponto de partida abdominal, mas que irradiava para as coxas, pruriginoso. Na altura, foi referenciada à obstetra que diagnosticou PUPPP, ou seja, eram “pápulas e placas urticariformes pruriginosas da gravidez (PUPPP), também conhecida como erupção polimórfica da gravidez (PEP).” Sendo a dermatose gestacional mais comum, é benigna, pruriginosa e inflamatória da pele, caracterizada por uma apresentação clínica polimorfa. O PUPPP é mais comum em primigestas no terceiro trimestre de gravidez, surge menos frequentemente no período pós-parto

imediatamente. A sua etiologia ainda não é conhecida, podendo estar relacionada com o quimerismo (DNA fetal), distensão abdominal tardia, entre outras. Com a prescrição do anti-histamínico PO e do corticoide tópico revelou uma clara melhoria sintomática (Chouk & Litaïem, 2021). É, no entanto, um evento raro no pós-parto que tive a oportunidade de observar e colaborar na sua deteção e tratamento.

É necessário investir tempo, ter disponibilidade, para apoiar a amamentação. Tal como referiu a tutora, quando o serviço se encontra na sua lotação quase máxima, verifica-se que não se conseguiu chegar a todas as puérperas quando a perda ponderal dos RN se aproxima dos 10%.

É ainda preciso investir tempo, mostrar disponibilidade para avaliar a puérpera, não apenas ao nível obstétrico, como de conhecimentos, de competências até ao seu empoderamento. Desde o acolhimento que enveredamos pelo percurso da preparação para a alta, integrando a puérpera e RN, verificando quais as suas expectativas, o seu conhecimento sobre a maternidade. Partindo dessa base no sentido de as ajudar/apoiar na sua aquisição de competências na adaptação à maternidade.

Daí que as dotações seguras do serviço de internamento de puerpério é de 1:3 no puerpério patológico e 1:6 no puerpério normal devendo ser assegurado exclusivamente por EEESMO (Portugal, Regulamento nº743/2019). Muito embora haja outras fórmulas para o mesmo cálculo, verifica-se que, pelo menos no período de tempo em que realizei o estágio, há apenas uma EEESMO para o serviço de puerpério, que tem uma distribuição de utentes exatamente igual a uma enfermeira sem esta especialidade. Muito embora faça um enorme esforço no sentido de permitir às puérperas que usufruam das suas competências principalmente na avaliação obstétrica e na amamentação, é extremamente difícil de conseguir suprir essa necessidade. É necessário que haja um maior número de EEESMO.

Notei ainda que a maioria das enfermeiras que não tem a especialidade pretende enveredar por esse percurso profissional/académico, no sentido de cimentar as suas competências, e que procuram o apoio da EEESMO, estudam e acompanham a *legis artis* da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

## 2.4 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina

Durante o estágio, para além de ter conseguido adquirir competências no que se refere a apoiar

o RN na mamada, ajudando a realizar uma boa pega e estimulando o reflexo de sucção e deglutição. Muito embora consiga reconhecer que no decorrer do curso, teria sido fulcral um aprofundar o tema da amamentação, no entanto estudar a teoria e aprender com a experiência e conhecimento das enfermeiras especialistas do serviço ajudou-me a desenvolver esta competência e incentivou-me a investir posteriormente em formação nesta área. Admito que estar com uma tutora que investiu tanto de si em formação nesta área e que tem motivação e grande interesse pela amamentação também ajudou muito.

Uma das situações que mais me marcou, me tirou da minha área de conforto porque nunca pensei encontrar neste serviço foi um RN com fenda do palato (ou palatina). Eu conhecia a malformação, mas não sabia conjugar com a amamentação e, tive a oportunidade de aprender com uma colega especialista em saúde infantil, inúmeros recursos, técnicas e a fundamentação da importância da amamentação nesses casos.

Neste caso em particular, era uma fenda do palato posterior, que não tinha sido diagnosticada durante a gravidez, portanto a puérpera não estava de todo preparada para este diagnóstico. Isto associado a um diagnóstico de DPC (dilatação pielocalicial) durante a gravidez que aguardava confirmação por eco pós-natal estava a assoberbar a díade, que estava a entrar num ciclo de *stress*, ou seja, a puérpera estava ansiosa, nervosa e angustiada, no entanto, conhecedora dos benefícios da amamentação para o seu RN, com muita vontade de manter a amamentação. O RN com dificuldade em se adaptar a amamentação dado que era um desafio maior para ele. Portanto, a puérpera sentia-se frustrada por não conseguir que o seu RN se adaptasse mais rápido e com sentimento de culpa perante este processo. Nenhum esclarecimento por parte dos profissionais de saúde a conseguia esclarecer, até que, o RN fez a ecografia que confirmou que não tinha DPC e, a partir daí, a puérpera ficou mais calma, mais pragmática e começou a gerir melhor todas as questões relacionadas com a fenda do palato do seu RN.

Tal como com outras crianças, o alimento ideal para o RN com fenda do palato é o leite materno. Por questões nutricionais, imunológicas e de hidratação. No entanto, a amamentação para estes RN “é também um importante estímulo mecânico para a musculatura da face, língua e mandíbula e favorece o vínculo afetivo entre a mãe e a criança e a superação do choque ou luto pelo nascimento de uma criança com malformação congênita.” (Monlleó et al., 2014, p. 9) Uma alimentação adequada leva a ganho de peso adequado e com isso a correção cirúrgica não sofre atrasos. Deve-se incentivar a amamentação e, quando não for possível ou suficiente, optar pelo leite materno extraído previamente. É comum que a quantidade de leite ingerida pelo RN com fenda do palato, durante a amamentação, não seja o suficiente para suprir as suas necessidades.

Nestes casos, “manter o aleitamento materno exclusivo é mais complicado devido à inadequada pressão intraoral, a qual prejudica e dificulta a remoção do leite, bem como o posicionamento e a estabilidade do bico do seio.” (Monlleó et al., 2014, p. 10) verificam-se ainda episódios de engasgamento, refluxos nasais e, com o aumento da ingestão de ar pode provocar vômitos. Há, portanto, um aumento do peso mais lento/insuficiente, dadas as dificuldades na amamentação bem como pelo maior gasto energético da sucção, quantidade ingerida e tempo aumentado da mamada. Aumenta ainda a prevalência das infecções do ouvido. Sendo que a qualidade da nutrição influencia a frequência de otites, a ausência do leite materno é um fator de risco para o seu aumento. É importante o acompanhamento por uma equipa multidisciplinar e, vigilância a apoio na amamentação pelo enfermeiro (Monlleó et al., 2014).

Em RN com risco infeccioso ou subictéricos, pode ainda proceder à colheita de sangue no RN.

Já há alguns anos (altura em que trabalhei em Centro de Saúde) que não realizava o “teste do pezinho” constante do plano nacional de diagnóstico precoce, no entanto verifiquei que o procedimento se mantém inalterado.

Pude ainda colaborar no RANU (Rastreio Auditivo Neonatal Universal) aos 2 dias de vida do RN.

“Este rastreio está incluído numa política nacional de saúde que dá prioridade ao diagnóstico precoce da surdez e sua intervenção. O GRISI (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil) visa implementar “um programa nacional de deteção e intervenção auditiva precoce, padronizando técnicas e metodologias, através de ações conjuntas entre os vários organismos oficiais e associações profissionais”. Isto porque “a incidência de perda auditiva bilateral significativa é estimada em 1 a 3 por 1000 recém-nascidos saudáveis e em 20 a 40 por 1000 recém-nascidos de risco, sendo assim muito superior à de outras patologias que são alvo de rastreio precoce sistemático. (...) existe evidência clínica de que a intervenção precoce influencia decisivamente o prognóstico do desenvolvimento linguístico, cognitivo e social da criança.” (Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil [GRISI], 2007, p. 209).

Todos os RN devem ser testados ou, no máximo até trinta dias de vida. Se houver perda auditiva confirmada, deve iniciar-se a intervenção precoce e adequada até aos seis meses de idade.

“A metodologia a utilizar deve detetar todas as crianças com perda auditiva igual ou superior a 35 dB HL no melhor ouvido. Atualmente dois métodos fisiológicos demonstram boa sensibilidade e especificidade para atingir estes objetivos: os potenciais evocados auditivos de tronco cerebral (PEATC) e as otoemissões acústicas (OEA)... segundo o binómio “passa” /

“refere”, a iniciar na maternidade” (GRISI, 2007, p. 209).

Tive ainda a oportunidade de intervir num engasgamento de um RN, utilizando a manobra do desengasgamento que foi eficaz, no imediato, no entanto ainda se administrou oxigénio por funil durante alguns minutos para favorecer a sua recuperação, quando regresssei à enfermaria reforcei os ensinamentos a todas as puérperas sobre técnicas de desengasgamento do RN.

A preparação para a alta é realizada desde o momento do acolhimento da puérpera e RN ao serviço, é necessário capacitar a mulher para identificar sinais de alerta/complicações tanto em si própria como no seu RN e quais as formas de atuação, capacitar ainda a puérpera para o seu autocuidado e cuidado ao RN, dando-lhe ferramentas para uma transição para a parentalidade harmoniosa/saudável e assim empoderando-a.

Na alta, os RN só podem sair do serviço num meio de retenção automóvel, vulgarmente designado como “ovo”, sendo que se os pais não tiverem meios para o adquirir, a assistente social pode providenciar o mesmo. Portanto, neste momento da alta realizam-se ensinamentos sobre como colocar em segurança o RN neste dispositivo e como o colocar no carro. Há para esse efeito um simulador de cadeira automóvel no serviço no contexto deste projeto “alta segura”. Antes da pandemia, o profissional de saúde em casos pontuais acompanhava o casal ao carro para lá ensinar a colocar o dispositivo em segurança, de momento esse ensinamento é realizado apenas no simulador.

## 2.5 Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante no pós-parto

No que diz respeito a puérperas com patologia associada, tive oportunidade de cuidar várias puérperas que tiveram diabetes gestacional (insulinotratada ou controlada com alimentação e exercício) e, inclusivamente, uma puérpera com diabetes prévia, insulinotratada.

No consenso sobre a diabetes gestacional (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2017) definiu-se Diabetes gestacional como “ um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetado pela primeira vez no decurso da gravidez”. OMS, em 2013, “passou a considerar a Diabetes Gestacional um subtipo de hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez na gravidez em curso, diferenciando-se da Diabetes na Gravidez por apresentar valores glicémicos intermédios entre os níveis que considera normais na gravidez e valores que excedem os limites diagnósticos para a população não grávida. Esta subdivisão enfatiza a

relevância do subtipo menos frequente, mas mais grave, a Diabetes na Gravidez que, apesar de ser igualmente diagnosticada na gravidez em curso, pode refletir a existência de uma diabetes não diagnosticada antes desta, implicando o rastreio mais assertivo de malformações fetais, de complicações microvasculares da diabetes, de maior necessidade de vigilância e terapêutica farmacológica durante a gravidez e eventual dispensa da reclassificação pós-parto com uma PTOG.”

Ainda nesse consenso, ficou recomendado que, após o parto:

- DG (diabetes gestacional) controlada sem insulina ou ADO (antidiabéticos orais):
  - Logo que inicie alimentação PO, suspender a perfusão de soros glicosados e fazer a pesquisa de glicemias antes do pequeno-almoço, almoço e jantar
  - Se a glicemia < 120 mg/dl em 3 determinações sucessivas, suspender as pesquisas de glicemia
  - se a glicemia > 200 mg/dl em 2 determinações sucessivas, contactar o médico para a instituição de terapêutica de base
- DG controlada com insulina ou ADO
  - Após a dequitação suspender o SF com insulina, mantendo a perfusão de soro polieletrólítico com glicose até iniciar alimentação oral.
  - Não administrar a dose habitual de insulina/ADO prescrita em ambulatório
  - Administrar Insulina regular via SC em função da glicemia capilar medida de 2/2 horas, ou antes das refeições, logo que inicie alimentação oral iniciar algoritmo de correção
  - Se a glicemia > 140 mg/dl em 2 determinações sucessivas, contactar o médico para a instituição de terapêutica de base

Esta é a base do protocolo de serviço no que concerne a DG, apenas acrescentado qual o medico a contactar no caso de hiperglicemia mantida, que é o internista da Consulta de Diabetes e Gravidez.

De referir que após 24 horas de avaliações dentro dos parâmetros normais, no caso das diabéticas insulino tratada previamente, voltavam ao seu esquema de ambulatório.

Portanto o protocolo que cumpro no serviço é resultado das mais recentes recomendações sobre

DG.

### **3. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio de ginecologia e patologia da gravidez**

#### **3.1 Contextualização do estágio**

Os estágios decorreram no serviço Obstetrícia B/Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV- EPE), com uma duração de 3 semanas o estágio de ginecologia e 5 semanas o estágio de patologia da gravidez, 24h por semana, sob orientação de dois EEESMO e sob orientação pedagógica da Professora Doutora Paula Nelas.

O serviço de Obstetrícia B/Ginecologia localiza-se no 6º piso do HSTV EPE. Como mencionado anteriormente, a equipa de enfermagem e a equipa médica de obstetrícia e internos da especialidade de ginecologia/obstetrícia são comuns à Obstetrícia A, sendo estes serviços contíguos. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros (havendo um enfermeiro especialista escalado por turno), médicos especialistas e internos da especialidade de Obstetrícia/Ginecologia e pediatria, assistentes operacionais, administrativos, assistente social e dietista. A equipa de enfermagem segue o método individual de trabalho, no entanto entreajudam-se na prestação dos cuidados.

O espaço físico é constituído por 5 enfermarias de 4 camas com casa de banho e chuveiro dedicado, 3 quartos com 2 camas com casa tratamentos/observação ginecológica, o gabinete da enfermeira chefe, WC para colaboradores, uma sala de pessoal, sala de equipamentos, sala de enfermagem com balcão e sala de terapêutica, uma sala de cuidados ao RN, sala de sujos, sala de limpos e uma sala de desinfeção de camas. Tem algumas áreas em comum com a ala A (obstetrícia A) descritas anteriormente.

As utentes internadas são do foro ginecológico e grávidas com patologia associada, no entanto, em contexto pandémico foram internadas no serviço mulheres com outras patologias do foro cirúrgico. Por estas especificidades do serviço, aqui realizei o estágio em contexto de ginecologia e de patologia da gravidez. O estágio de ginecologia teve a duração de 3 semanas, 24h por semana e o de patologia da gravidez uma duração de 5 semanas 24h por semana sob orientação de duas EEESMO (que se mantiveram ao longo dos dois estágios) e sob orientação pedagógica da Professora Doutora Paula Nelas.

As mulheres internadas podiam provir do domicílio, do serviço de urgência geral, da urgência de Ginecologia/Obstetrícia ou do bloco operatório e, aquando da alta podiam ser encaminhadas para o domicílio, cuidados paliativos/continuados, UCI e sempre que necessário, solicitava-se apoio da assistente social para que as mulheres tivessem apoio/recursos na comunidade.

Familiarizei-me com o programa GLINT®, no qual se concretiza o plano de cuidados de enfermagem e com os protocolos existentes para uniformização dos cuidados de enfermagem. E, de momento, os procedimentos e protocolos de serviço estão a ser atualizados e nesse sentido disponibilizei-me a colaborar neste processo.

As visitas ainda não estavam autorizadas, salvo em situações muito específicas mediante autorização médica. Esta situação verificou-se numa utente que se encontra em fase terminal, por neoplasia da mama com metastização óssea (entre outras) que, para ter alta, necessitava que a sua rede de suporte aprendesse a colocar-lhe o colete minerva, que lhe dá suporte cervical, dorsal e lombar. Nesse sentido, foi autorizada a visita do marido e cuidadora para que se pudessem realizar os ensinamentos sobre a colocação de colete no domicílio e mobilização da utente.

### 3.2 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no âmbito da doente que vivencia processo de doença ginecológica

A utente, quando fica internada no serviço de ginecologia, é sempre integrada e acolhida no serviço. Durante todo o internamento são realizados ensinamentos para que se empodere no seu cuidar preparando a alta. Aquando da alta, são reforçados os ensinamentos à utente e validação da sua aprendizagem.

Este é um serviço que lida diariamente com utentes com doença oncológica, as utentes estão fragilizadas e necessitam de sentir confiança e segurança nos cuidados prestados. A confidencialidade e privacidade são asseguradas por princípio. No entanto, para garantir a sua dignidade e segurança temos de prestar os melhores cuidados seguindo as *guidelines* mais atuais, deste modo verifica-se na equipa uma motivação em se manter atualizada e reformular os protocolos de serviço nesse sentido. Para ter uma prática baseada na evidência científica, consultei documentos recentes, *guidelines* atuais e recomendações da DGS e, assim consegui apoiar e estar presente para as utentes de modo que sentissem confiança/segurança nos meus ensinamentos/cuidados.

Tenho presente uma situação em que uma utente que foi submetida a mastectomia se questionava sobre a necessidade de uma abordagem que lhe parecia muito agressiva e após mantermos um diálogo, em que demonstrei empatia pelos seus sentimentos, validei a intervenção, colocando as vantagens da mesma em destaque, tendo ficado a utente mais tranquila e compreendeu a importância deste tipo de intervenção.

Tentei perceber as expectativas das utentes relativas ao desenvolvimento da doença/internamento/intervenção cirúrgica. Usei diversas abordagens, desde a comunicação mais informal até questionar diretamente a utente. Em algumas situações, não as consegui perceber, tendo inclusivamente percecionado que a utente não tinha expectativas formadas.

Os cuidados de enfermagem são centrados na utente, impera o cuidado humanizado e o bom-senso, recorrendo-se, para esse efeito, a todos os recursos existentes no hospital e comunidade. Quando a utente é acolhida no serviço, é questionada sobre as suas intolerâncias alimentares e /ou alimentos que não gosta e a sua dieta é combinada com a dietista. Verifica-se o contexto socioeconómico/necessidades especiais e, se necessário, é referenciada a Assistente social que irá avaliar/intervir nessa situação. Se a utente solicita apoio religioso, é efetuado esse contacto no sentido de ter esse recurso.

Verifiquei ainda, que há uma associação de apoio às mulheres com neoplasia da mama que está muito presente neste serviço, dando apoio logístico (almofadas ergonómicas para apoio e suporte após mastectomia) e emocional/psicológico através de um elo de ligação dessa associação.

Durante este estágio tive a oportunidade de lidar com utentes com patologias várias do foro ginecológico (quistos do ovário, quisto mamário, miomas, prolapso uterino e neoplasias da mama e do útero e ovários).

Acompanhei o pós-operatório de uma utente submetida a laqueação tubar bilateral por laparoscopia, numa utente com antecedente pessoal de Tromboembolismo pulmonar (TEP) recente, com etiologia provável de uso de anti contraceptivo oral. Neste sentido, de acordo com decisão entre o ginecologista assistente e a própria, dado que não pretendia ter mais filhos e não poderia continuar a usar métodos anticoncepcionais hormonais pelo seu risco tromboembólico, optaram pela realização de laqueação tubar bilateral.

O “tromboembolismo venoso (TEV) consiste na combinação de duas doenças, a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP). A trombose venosa profunda é causada pela formação de coágulos no interior das veias profundas, geralmente em membros inferiores. Já a embolia pulmonar é a obstrução das artérias do pulmão causada pela formação de um trombo. Tromboembolismo venoso é a causa evitável de morte em mulheres em idade reprodutiva. Fatores de risco para TEV incluem hipercoagulabilidade e lesão vascular, principalmente, gravidez e pós-parto também estão associados a um risco aumentado de TEV em comparação com mulheres” ...” não grávidas” (Sampaio et al., 2019, p. 42)

Segundo a OMS há critérios de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais. E a prescrição de Contracetivos Orais Combinados (COC) “com maior risco de TEV contêm em sua composição: ciproterona, drospirenona, gestodeno e desogestrel, e prescrições de COC com menor risco de TEV contêm em sua composição levonorgestrel, noretisterona e norgestimate. Medicamentos que contêm em sua composição, clormadinon, dienogest ou nomegestrol, são considerados COC com um perfil de risco de TEV desconhecido. Os COC com alta concentração de estrogênios ou COC com os progestágenos de terceira geração, assim como drospirenona e ciproterona, podem contribuir para um maior risco de TEV” (Sampaio et al., 2019, p. 43). Sendo a incidência de TEV muito baixa (8-10 casos em 10.000 mulheres por anos de exposição) entre as usuárias de COC, no entanto há casos descritos. “Os efeitos dos COCs sobre o risco de trombose estavam relacionados somente aos efeitos hemostáticos de estrógeno. No entanto, estudos indicaram que o risco de tromboembolismo venoso varia entre mulheres que utilizam COCs contendo diferentes progestagênios. O mecanismo fisiopatológico subjacente à hipercoagulação após o uso de COC parece ser o efeito de primeira passagem de estrogênios e progestativos através fígado, uma vez que a maioria dos fatores de coagulação e anticoagulantes são sintetizados no fígado. O estrogênio, presente nos contraceptivos orais, pode promover a coagulação através de efeitos pró coagulante, nas vias anticoagulantes e fibrinolíticas, os progestativos também podem afetar de forma independente e variável os fatores hemostáticos e o risco de trombose” (Sampaio et al., 2019, p. 43).

Recordo-me de uma utente, com menos de 25 anos à qual foi proposta uma quistectomia esquerda, com a salvaguarda de poder ter de ser realizada uma ooforectomia se fosse constatada uma neoplasia no estudo extemporâneo. No entanto, quando regressou do bloco operatório, constatamos que tinha realizado apenas quistectomia, o diagnóstico foi de um fibroma, sem necessidade de realizar o estudo extemporâneo, era benigno. A utente, que se tinha preparado para a pior situação, ainda não tinha conseguido assimilar a notícia e, só após algumas horas conseguiu reagir, ficando mais relaxada, com uma atitude positiva perante a doença. Quando estava a realizar o exame ginecológico, para verificar se tinha perdas hemáticas, conversamos e consegui estabelecer empatia.

A neoplasia do ovário, desde 2014, através do Comité de Ginecologia Oncológica da FIGO, que se encontra no mesmo sistema de classificação com os carcinomas da trompa e peritoneu, isto deve-se a apresentarem patogénese, apresentação clínica e tratamento semelhante. Por norma, apesar de apresentarem baixa incidência, têm mau prognóstico, com elevado ratio mortalidade/incidência. Cerca de 75% das mulheres surgem já em estádios avançados, sendo

que a sobrevivência para todos os estádios aos 5 anos é de aproximadamente 50%. Muito embora não haja definição eficaz de rastreamento, a identificação do STIC (carcinoma seroso intraepitelial tubar) “como lesão precursora, conduziu à recomendação da salpingectomia oportunista quando em contexto de histerectomia ou cirurgia intra-abdominal. A qualidade da cirurgia primária, a identificação de defeitos de recombinação homóloga e a aplicação de terapêuticas alvo, têm contribuído para a melhoria do prognóstico.” (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2020, p. 63)

Relativamente à classificação histológica, segundo a OMS, os tumores epiteliais do ovário podem ser: serosos, endometrióides, mucinosos, células claras, seromucinosos e de brenner. Há tumores mais raros, os adenocarcinomas de tipo mesonéfrico, indiferenciados e desdiferenciados, carcinossarcomas e tumores mistos.

O carcinoma de pequenas células de tipo hipercalcémico está incluído nas neoplasias não epiteliais do ovário.

“Nos principais tipos histológicos são reconhecidas três categorias de relevância prognóstica: benigna (adenoma, papiloma), potencialmente maligna e maligna” (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2020, p. 64).

Enquanto a utente anterior, após a cirurgia recebeu a notícia de um tumor benigno, tive uma outra utente que, estava expectante de realizar uma histerectomia e anexectomia bilateral, no entanto a invasão tumoral era tão extensa que foi necessário realizar omentectomia, linfadenectomia, citologias e tendo ainda a bexiga com invasão, foi optado por tratamento conservador neste sentido. Todas as peças removidas foram enviadas para histologia. Neste caso, de acordo com o estadiamento FIGO de 2014 seria III. A utente tomou conhecimento da sua situação clínica, no entanto, aparentemente, aceitou a sua doença. Muito embora não me tenha parecido que a mesma tenha percecionado a gravidade e prognóstico da situação. Referiu algumas vezes que estava otimista, que tinha sido um contratempo e que sabia que não lhe tinham removido todo o tumor, mas que tinha de ter força e seguir com a sua vida.

Segundo Kubler-Ross (Tyrrel et al., 2021), na sua investigação com utentes em fase terminal, há 5 fases da morte: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação (DABDA). Este modelo foi aplicado em outros contextos como o luto e outras mudanças significativas na vida. Estes estágios são frequentemente interpretados de uma forma estrita, ou sejam, considera-se expectável que os utentes passem sequencialmente por cada um, no entanto não é essa a premissa, os utentes são seres individuais que manifestam cada estágio de modo diferente, se o

fizerem. O modelo, com cariz qualitativo é propositalmente pessoal e subjetivo, logo não deve ser interpretado como lei natural. Os estágios fornecem uma heurística para padrões de pensamento e comportamento que são comuns no cenário de doenças terminais e que de outra forma poderiam parecer atípicos (Tyrrel et al., 2021).

Sendo a Negação um mecanismo de defesa comum usado para se proteger da dificuldade de considerar uma realidade perturbadora, sendo normal no contexto de uma doença terminal e importante para o processamento de informações difíceis. Em algumas situações, pode ser difícil distinguir a negação da falta de compreensão, e esta é uma das muitas razões pelas quais notícias perturbadoras devem sempre ser transmitidas de forma clara e direta (Tyrrel et al., 2021).

Neste contexto, acredito que esta utente está em negação da notícia perturbadora, não sendo um lapso de compreensão e precisará de tempo para interiorizar a informação e aceitar a doença.

“A comunicação de más notícias é das tarefas mais difíceis para o médico e para a qual este recebe pouca formação formal” sendo importante individualizar e exprimir com clareza a informação ao utente e família. Estas competências não se relacionam apenas com a experiência clínica, mas com “conhecimentos, aptidões conhecimentos, aptidões específicas e treino adequado. A sua aquisição reduz o nível de ansiedade do clínico e reforça a aliança terapêutica” (Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos, 2020).

Segundo o Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos (2020) dois dos modelos mais utilizados para a comunicação de más notícias são o protocolo SPIKES e ABCDE:

**Tabela 1: Modelos de comunicação de más notícias**

SPIKES	ABCDE
S – “Setting” Preparar a entrevista	A – “Advance Preparation” Preparação
P – “Perception” Avaliar a perceção da pessoa sobre a doença	B – “Build a therapeutic environment” Criar um ambiente terapêutico
I – “Invitation” Convidar para o diálogo	C – “Communicate well” Comunicar adequadamente
K – “Knowledge” Transmitir conhecimento/informação	D – “Deal with patients reactions” Conseguir gerir as emoções do doente
E – “Emotions” Permitir a expressão de emoções	E – “Encourage and validate emotions” Permitir a expressão de emoções e validar as mesmas
S – “Strategy” Estabelecer estratégias e sumário de informações	

Tenho presente outra situação, em que a utente estava em fase terminal por neoplasia mamária

com metastização ao nível hepático e ósseo. Que estava internada por compromisso cervical por compressão medular a este nível e para controlo da dor. Teve um internamento prolongado, de cerca de 1 mês, e com o tratamento conseguiu recuperar mobilidade e controlar a dor. A utente segundo os estágios de Kubler- Ross estava em negação e negociação. Após conhecer o seu prognóstico, tentou focar-se no que podia fazer para aumentar a sua esperança de vida para estar presente para os seus 4 filhos menores.

A situação desta utente, fez-me reviver algumas situações do meu foro privado, daí que de cada vez que cuidava desta utente saía do seu lado com um “aperto no peito”, angustiada. Consegui-me rever nos seus familiares mais próximos, desde o marido passando pelos filhos.

Sempre admiti que a oncologia é uma área de enfermagem em que tem de haver uma vocação especial, uma tranquilidade com o fim de vida e fé. Eu, como profissional, consigo adaptar-me a qualquer contexto, mas, tenho muita dificuldade em lidar com o fim de vida, sinto-me impotente. Tendo trabalhado por 2 anos num serviço de radioterapia, consigo assumir que nestes casos de patologia terminal o que mais importa é a qualidade de vida, a dignidade e o respeito e, nesse sentido tento dar sempre resposta às suas necessidades, perceber quais as suas expetativas, oferecer tudo o que estiver ao meu alcance para evitar o sofrimento físico e tento ser uma ouvinte disponível e atenta. Por diversas vezes, no passado, os familiares iam agradecer-me por ter apoiado e por estar presente para o utente, algo que sempre interpretei ser a minha função, ser “porto seguro”, os utentes valorizavam essa postura, davam valor e tinham pedido para que me fosse transmitida a gratidão. Sempre fiquei angustiada nessas circunstâncias, pois sempre considerei que o que eu tinha dado não tinha sido suficiente, dado que aquele utente tinha morrido.

Neste estágio, com a ajuda nas minhas tutoras, consegui mudar um pouco esse paradigma, obrigando-me a compreender que quando não podemos fazer mais nada para “salvar” a utente, o darmos tudo de nós para que o seu fim de vida seja o menos traumático possível, a corresponder às expetativas da utente relativamente à morte e proporcionado sempre a dignidade do final de vida, o respeito pelas suas decisões e o apoio, a confidente, a presença... Com isso consegui ter um pouco mais de paz interior relativamente a estas situações. Inclusivamente consigo perceber a minha reação a algumas situações pessoais deste foro, compreender que são perfeitamente normais, que são uma forma de defesa e que não preciso de continuar a questionar se poderia ter agido de outra forma, que foi a forma como consegui reagir e que não há nada de errado com isso. Neste sentido acho que foi de um enorme crescimento pessoal e profissional.

Senti esse *feedback* por parte das utentes, inclusivamente, uma utente, que foi submetida a mastectomia radical, que se encontrava com o humor muito deprimido, consegui estabelecer uma boa relação terapêutica, caminhei com ela no serviço, levei-a a tomar café, ouvi todos os seus desabafos, esclareci as suas dúvidas e tentei sempre dar-lhe confiança. Noutros turnos chamava-me sempre para tomar um “café” com ela. Conheci a sua história de vida, uma vida com muitos percalços, sofrida, em que num rastreio da mama foi detetada a sua neoplasia, enquanto o marido estava em fase terminal por neoplasia do colon. Quando duvidou da sua abordagem cirúrgica, perguntando se não teria sido melhor uma terapêutica mais conservadora, com base na evidência consegui argumentar a diminuição da possibilidade de recidiva aquando da remoção de margens mais largas.

Em 2018, mais de 2 000 000 mulheres em todo o mundo foram diagnosticadas com cancro da mama, das quais 0,6 milhões morreram. A grande maioria de neoplasias da mama invasivas são positivas para recetores hormonais, portanto as células tumorais crescem na presença de estrogénios ou progesterona. Estas pacientes, clinicamente, em grande parte das vezes beneficiam de cumprir terapêutica hormonal que tem como alvo os estrogénios. O *status* do recetor hormonal, inclusivamente o do recetor de estrogénios, deve ser determinado em cada utente com diagnóstico de cancro da mama, o que é essência na tomada de decisão clínica. No diagnóstico, a amostra de uma utente é escassa, seccionada em lâminas de microscópio para coloração, seguida de visualização diagnóstica por um patologista. A coloração de hematoxilina e eosina (H&E) -ing é usada para o diagnóstico primário e as manchas especializadas para marcadores moleculares podem ser usadas para confirmação diagnóstica e sub-tipagem. No cancro da mama, o Status do recetor de estrogénios (ERS) é sempre testado, pois é um marcador prognóstico e preditivo de resposta à terapia endócrina (Naik et al., 2020).

Já o cancro da mama triplo-negativo (TNBC) é um dos tipos mais agressivos de cancro da mama, com a pior sobrevida geral e taxas de sobrevida livre de doença do que os não-TNBC. Os pacientes que recebem quimioterapia neoadjuvante (NAC) têm uma baixa resposta patológica completa (26,4- 47,4%). Há novos parâmetros preditores do prognóstico das utentes com cancro de mama tratadas com NAC, como a relação do linfo nodo (LNR), que é a relação entre nós positivos e nós ressecados, que se revelou como promissor para o prognóstico de sobrevida após NAC (Cruz-Ku et al., 2020).

Segundo Hopkins (2021) a mastectomia é a cirurgia de remoção do tecido mamário, quer por alterações benignas (patologia do tecido conjuntivo, como esclerodermia ou Lúpus) quer por alterações oncológicas (preventivas ou de tratamento). Atualmente, é possível que algumas

tipologias de procedimento conservem toda a parte cutânea e específica da mama, sendo as cinco tipologias de mastectomia, unilateral ou bilateral (Hopkins, 2021):

1. Mastectomia simples ou total - remoção de toda a mama, sem remoção de tecido muscular, habitualmente sem remoção da cadeia linfática axilar;
2. Mastectomia radical modificada - remoção de toda a mama e cadeia linfática axilar, sem remoção de tecido muscular;
3. Mastectomia radical - a mais extensa, que envolve remoção de toda mama
4. Mastectomia parcial - remoção do tecido tumoral com margem de segurança de tecido sem material oncológico, pode haver linfectomia (mas na linfectomia não há necessariamente remoção de tecido mamário);
5. Mastectomia com preservação (ou poupadora) do mamilo - há remoção de todo o tecido mamário, exceto do mamilo que é preservado)

Na maioria dos casos, a utente com cancro da mama estágio I e II são candidatas a cirurgia conservadora, sendo a relação do volume da mama/tamanho do tumor o fator anatómico limitador. Não existindo contraindicações ao procedimento, e desde que haja relação volume da mama/tamanho do tumor que permita uma ressecção cirúrgica com resultado cosmético satisfatório dentro dos conceitos relativos a cirurgia oncológica pode-se prosseguir com a cirurgia conservadora (Tiezzi, 2007).

No entanto, é essencial a realização de mamografia pré-operatória para se realizar o planeamento cirúrgico. Mamografia esta que revelara informações sobre a extensão da lesão e sobre o parênquima na busca de lesões adicionais. Não sendo o diagnóstico histológico pré-operatório obrigatório, ele incrementa a probabilidade de margens cirúrgicas livres na cirurgia definitiva, reduzindo o número de cirurgias, logo melhora o resultado cosmético e oncológico. Este diagnóstico pode ser obtido por biópsia de fragmento com agulha (*core biopsy*) – que não aumenta o risco de recorrência local em cirurgia conservadora. “A quimioterapia neoadjuvante é uma alternativa atual para aumentar as taxas de cirurgia conservadora em pacientes não candidatas ao procedimento por relação volume da mama/tamanho do tumor imprópria. Esta abordagem clínica permite a cirurgia conservadora em 50 a 75% das pacientes com indicação primária de mastectomia pela extensão anatómica do tumor. Estudos recentes têm demonstrado que a sobrevida em longo prazo está associada à resposta ao tratamento neoadjuvante em pacientes com tumores de grande volume, sendo a resposta patológica completa o melhor preditor de sobrevida nestas pacientes” (Tiezzi, 2007, p. 429).

É conceito elementar para a cirurgia conservadora a necessidade de radioterapia adjuvante no parênquima residual, portanto as utentes com contraindicação para radioterapia não podem ser submetidas a tratamento conservador. Também a presença de doença multicêntrica conhecida ou suspeita pela presença de microcalcificações de aspeto maligno em outras áreas da mama é contraindicação absoluta. Há outras contraindicações relativas: tamanho do tumor, mamas com grande volume, localização do tumor e doenças do colagénio. É ainda conceito básico do tratamento conservador que “deve haver a remoção de um volume de tecido mamário sadio suficiente para obter margem cirúrgica livre de neoplasia. Quanto maior o volume de tecido sadio excisado, menor a probabilidade de remoção incompleta da neoplasia e menor a probabilidade de recorrência local decorrente do crescimento de neoplasia remanescente ao tratamento local. No entanto, quanto maior o volume de tecido mamário removido, menores as chances de obtenção de resultado cosmético satisfatório” (Tiezzi, 2007, p. 430)

Algo transversal a todas as utentes oncológicas com quem pude falar, é que as neoplasias da mama foram detetadas em rastreio e a maioria das ginecológicas foram detetadas ou por dor/desconforto pélvico ou rastreio. O que valida e reforça a necessidade de se implementar medidas de literacia em saúde para a população relativas aos rastreios senológicos e ginecológicos.

### 3.3 Desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde, prevenção de complicações, diagnóstico precoce e tratamento da mulher com patologia obstétrica

Sendo o internamento durante a gravidez, na maioria das vezes o primeiro contacto da mulher com os cuidados de saúde diferenciados, e o momento em que se confirma uma gravidez de risco, o que fragiliza, vulnerabiliza, angustia a mulher com um elevado número de dúvidas e receios, é essencial que o EEESMO aufira de uma boa capacidade de gestão de emoções, de competências relacionais e técnicas para que se demostre e transmita confiança e esperança.

Em contexto de pandemia Covid-19, as mulheres têm muito menos apoio pelo companheiro/família (pelas restrições de visitas) e a afluência de grávidas a este serviço diminuiu, portanto, no que se refere à casuística tivemos grávidas internadas com diagnóstico de: Pielonefrite (N=2) das quais uma teve complicação com abscesso renal, IMG por polimalformação/malformação complexa SNC/alterações cromossómicas (N=2), RPM (rotura

prematura de membranas, N=2), mioma em grávida (N=1), APPT (N=2) sendo uma destas ameaças de parto pré-termo em gravidez gemelar bicoriónica e biamniótica, RCF (N=1), gravidez ectópica (N=1), neoplasia na gravidez (N=1) e hemorragia no 3º trimestre (N=1). As grávidas com indicação para CSA eletiva ficam também internadas neste serviço: IFP (N=2), feto com apresentação transversa às 39 semanas (N=1), apresentação pélvica às 39 semanas (N=1).

É no acolhimento, o momento-chave do primeiro contacto, que podemos fazer a mulher sentir-se acompanhada, segura e integrada. O simples facto de apresentar a mulher a outras que estão nas mesmas circunstancia pode ajudar a criar um grupo de apoio.

Aí realiza-se a apresentação ao serviço e suas rotinas, faz-se a anamnese e a consulta do processo clinico que nos dão informação valiosa como o motivo de internamento, sinais e sintomas presentes, a IG, os antecedentes pessoais e obstétricos, dados sociodemográficos, alergias, medicação atual, comportamentos como o padrão do sono hábitos tabágicos/alcoólicos, alimentação, tenta-se conhecer melhor a grávida, perceber se frequentou aulas de preparação para o parto e parentalidade, se tem conhecimento sobre a doença e sinais e sintomas de alarme, disponibilizam-se ainda alguns folhetos com algumas informações importantes. Há uma primeira monitorização de sinais vitais. Também é de extrema importância demonstrar disponibilidade e interesse em estar presente para essa mulher, dando-lhe o espaço que precisa, mas estando atenta às suas necessidades.

A prática de cuidados de enfermagem holísticos e humanizados contribui para que se planifique e se implementem intervenções de enfermagem dirigidas a uma transição saudável neste contexto. Dada a complexidade da situação clinica, psicológica e emocional é essencial o desenvolvimento de competências específicas dos EEESMO e só eles podem prestar cuidados a estas mulheres.

Segundo J. Moura (Graça, 2018) a gravidez ectópica é qualquer gravidez em que o blastocisto se implementa fora do endométrio que reveste a cavidade uterina, sendo, em 97% destes casos localizado nas trompas (gravidez tubária). Rui Carvalho e Cláudia Araújo (*in* Graça, 2018, p. 110) referem que a gravidez ectópica é “uma das causas de mortalidade e morbidade maternas na gravidez inicial” associam ainda a idade materna >35 anos com o aumento do risco em 4-8 vezes comparativamente a mulheres mais novas. Efetivamente a mulher que foi diagnosticada com uma gravidez ectópica que complicou com hemoperitoneu, necessitando de intervenção cirúrgica emergente (salpingectomia por via laparoscópica) tinha 40 anos e era G6P3. Não controlava o seu ciclo menstrual, sendo irregular no uso de anticoncepcionais. Só quando iniciou

a dor abdominal se apercebeu que o ciclo menstrual estava algumas semanas mais longo e que poderia ser uma gravidez, tendo sido neste contexto que recorreu à urgência de obstetria e ginecologia e, após a avaliação inicial com realização de teste de gravidez e ecografia pélvica e endovaginal, onde se comprovou abdómen agudo e instabilidade, foi imediatamente transferida para o bloco operatório e após o recobro ficou internada na patologia da gravidez. O pós-operatório não teve intercorrências e teve alta após 2 dias.

As hemorragias do terceiro trimestre são uma das principais causas de mortalidade e morbidade perinatais, que necessitam de intervenção imediata após o seu diagnóstico, na perspectiva de perceber a sua etiologia e grau de risco para a grávida e seu feto. Associa-se por norma a patologia da própria gravidez, como placenta prévia, DPPNI, lesões do colo e cervicais bem como lesões vulvares e vaginais (Sequeira et al., 2020)

Na situação que tive no internamento, a mulher tinha sido submetida há alguns anos a septoplastia uterina e estava grávida com IG de 33s4d, tinha tido um descolamento de placenta (DPPNI) às 14 semanas, tendo permanecido em repouso, sendo posteriormente diagnosticado colo do útero curto sob tratamento com progesterona. Refere hemorragia vaginal após relações sexuais.

Foi realizada uma vigilância contínua relativa às perdas hemáticas, que foram diminuindo ao longo do tempo até deixar de ter hemorragia e realizava-se CTG uma vez por turno para garantir que não iniciava contratibilidade uterina (APPT), realizaram-se ainda ensinamentos sobre sinais de alerta, sobre as manifestações das contrações uterinas e, preparando para a alta, da necessidade de manter a abstenção sexual no seu contexto clínico. Dado que foi um traumatismo do colo que, entretanto, cicatrizou, acabou por ter alta para o domicílio, tendo sido reforçados todos os ensinamentos para que pudesse aproveitar a sua gravidez de forma plena, tranquila, mas consciente dos seus riscos, na companhia da sua família.

O diagnóstico mais comum durante o período de estágio foi pielonefrite no 1º e segundo trimestres e, segundo Ramos (*cit in Graça, 2018*), as ITU são a segunda complicação médica mais comum da gravidez, por norma com etiologia bacteriana. Estas ITU podem ser assintomáticas e sintomáticas, incluindo-se nestas últimas a pielonefrite. A pielonefrite aguda é uma complicação de 0.5-2% das gestações, caracteriza-se por febre, arrepios, náuseas e vômitos e dor dorsolombar, que por vezes se associam a queixas de cistite (disúria, polaquiúria, urgência miccional, peso hipogástrico e por vezes hematúria). O diagnóstico baseia-se na existência de leucocitúria, haja ou não hematúria e confirma-se pela presença de bacteriúria. No hemograma normalmente constam leucocitose com neutrofilia. Há alguns factores de risco

que têm sido associados a esta patologia, como a nuliparidade, baixo extrato socioeconômico, avaliação pré-natal tardia, diabetes prévia, doença falciforme, tabagismo, história de ITU prévia ou malformações do sistema urinário. A pielonefrite está associada a um elevado risco de PPT, RCF e morte perinatal e embora sejam mais raras há complicações maternas que podem ocorrer como septicemia, lesão renal aguda, falência respiratória e anemia (Graça, 2018).

Embora alguns autores defendam que o tratamento desta patologia antes das 24 semanas de IG seja executável, no entanto sendo difícil de aplicar esta vigilância em ambulatório e os dados que garantem esta segurança são insuficientes, daí que por norma se dá admissão hospitalar, com colheita de urocultura e análises (hemograma, Proteína C Reactiva, função renal e hepática, ionograma, sedimento urinário e estudo da coagulação). Não sendo de rotina, mas em situação de gravidez pode-se realizar ecografiarenovesical, o que exclui complicações como obstrução e abscesso renal. É instituída antibioterapia (ATB) empírica de imediato por via endovenosa (ev). E, habitualmente há apirexia e melhoria clínica de 24-48h após, sendo possível passar a ATB oral e, aí programa-se a alta hospitalar. Devendo o tratamento manter-se 10-14 dias (na ausência de complicações) e confirmar-se irradicação do agente infeccioso. Se não houver melhoria nas primeiras 48-72h de ATB deve-se repetir avaliação analítica e ecográfica. Há, em 30-40% das mulheres que tiveram pielonefrites devidamente tratadas novos episódios de bacteriúria assintomática, convém fazer rastreio mensal ou ATB de baixa dose até ao fim da gravidez. Na situação da grávida com 14s 4 dias de gestação, cumpriu 5 dias de ATB ev e teve alta com ATB PO, com consulta marcada para realizar controlo. No entanto, a outra grávida tinha tido pielonefrite no primeiro trimestre que ficou devidamente resolvida, ainda assim, dentro da probabilidade de 6-8% de recorrência de pielonefrite, recidivou, e, quando se realizou a ecografia verificou-se a presença de abscesso renal, que foi tratado apenas com ATB EV 14 dias com efeito. Em ambas as situações, era incentivada a hidratação oral, era monitorizada a dor/sinais vitais e FCF com doppler uma vez por turno ou se necessário. Realizavam-se ensinamentos sobre a patologia, tratamento, evolução e sinais de alerta. O apoio emocional estava sempre presente.

Como o CHTV EPE é um Hospital amigo dos bebés, no serviço de patologia da gravidez deve-se realizar ensinamentos à grávida com IG  $\geq 28$  semanas sobre medidas de promoção do aleitamento materno, devendo estes ser realizados por EEESMOS. Neste sentido, e incluído num projeto de melhoria da qualidade em que se encontra em atualização o manual de enfermagem, criei um procedimento para uniformização de cuidados (Apêndice II).

## **4. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em neonatologia**

### **4.1 Contextualização do estágio**

O estágio decorreu no serviço UCERN do Centro Hospitalar Tondela Viseu (CHTV EPE), no período compreendido entre 4 e 15 de Outubro de 2021, com uma duração de 2 semanas, com um total de 72h, sob tutoria de 2 Enfermeiras Especialistas e sob orientação pedagógica de uma professora da ESSV.

A UCERN (Unidade de Cuidados Específicos ao Recém-Nascido) situa-se no 2º piso do CHTV EPE. O serviço, é constituído por uma equipa multidisciplinar, na qual constam enfermeiros de cuidados gerais, especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Reabilitação e Saúde Mental. Fazem também parte integrante desta equipa: médicos especialistas de pediatria, assistentes operacionais, administrativos, assistente social e dietista. Os enfermeiros trabalham segundo o método individual de trabalho.

Relativamente ao espaço físico este é constituído por um hall de entrada com uma sala de visitas, um WC para as visitas e pais, o secretariado e um vestiário masculino e feminino. Entrando no serviço através da adufa com condições para os pais higienizarem as mãos e vestirem batas limpas antes de visitarem o seu bebé, com cacifos para guardarem os seus objetos pessoais. Segue-se para um hall intermédio com uma sala de reuniões, gabinetes médicos, gabinete da Enfermeira Chefe, sala de pessoal, sala de material suporte e equipamento, sala de sujos, lixos e material de limpeza, uma sala de lavagem e desinfeção de equipamento, acesso à unidade de pediatria, arrecadação de material, copa de leites, um quarto médico, WC e a sala de isolamento (neste hall está a incubadora de transporte e uma cadeira de transporte num simulador, com vista ao Projeto “Alta Segura”). A UCERN em si tem duas alas, uma de berços e uma de intermédios com incubadoras e ventiladores, numa lotação total de 12 leitos, no entanto, ajusta-se às necessidades.

As puérperas, podem vir do serviço de Obstetrícia, da Casa das Mães ou do domicílio enquanto os RN podem provir da sala de Partos, do bloco operatório, do serviço de Obstetrícia, da Urgência de Pediatria, das Consultas externas e de outros hospitais (retorno ao hospital de origem).

No que concerne à alta, os RN podem ao fim de 1 mês de vida ser transferidos para o serviço de pediatria, quando é considerado caso social são encaminhados para instituições (de acordo com ordem do tribunal), em casos de complicação da situação clínica ou necessidade de

ventilação mecânica invasiva são transferidos para Hospitais mais diferenciados e sempre que possível têm alta para o domicílio.

Em contexto pandémico, algumas rotinas do serviço tiveram de ser adaptadas, as mães podem sempre acompanhar os filhos, o pai tem visita de 30 minutos, se não houver intercorrências, e dado que não está em permanência no hospital (sendo um foco possível de infeção por COVID-19) não pode tocar no seu filho. Coordenaram-se as visitas dos pais de acordo com o horário de visita na obstetrícia quando as mães ainda lá estão internadas (30 min das 14-15h para puérperas internadas em camas pares e 17-18h para puérperas internadas em camas ímpares). Os pais das puérperas a residir na casa das mães têm visita das 14-15h. Não há visitas de outros elementos da família, inclusivamente avós e irmãos. Logo são visitas controladas.

#### 4.2 Desenvolver competências teóricas, práticas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mãe/pai que vivenciam processo de doença do seu RN

Em contexto pandémico, e com as limitações de visitas implementadas para controlo de infeção, a mãe manteve-se presente em permanência, no entanto o pai foi afastado da puérpera e do filho num momento de fragilidade/vulnerabilidade não só pelo internamento do RN como pelas alterações da mãe no puerpério (*baby blues*).

Tendo em mente os direitos e deveres dos pais, efetivamente a pandemia retirou-lhes alguns direitos para dar segurança aos RN e equipa multidisciplinar.

Tentou-se sempre envolver a mãe nos cuidados ao RN, com o pai é mais difícil apoiar a parentalidade, dado que não pode tocar no seu bebé, no entanto tentei enaltecer os feitos do RN, a postura e empoderamento da mãe de modo que, através de pequenos avanços, ele sentisse motivação para se envolver na alta.

Sempre que possível promoveu-se o “*canguru care*”, que é o contacto pele a pele entre a mãe e o seu bebé, que acalma e relaxa a mãe e o bebé, regula a frequência cardíaca e a respiração do RN, ajudando-o na adaptação à vida extrauterina, faz estimulação da digestão e aumenta o interesse na alimentação, regula a temperatura corporal do RN, permite a colonização da pele do RN com a microbiota materna, proporcionando proteção contra infeções, estimula a liberação de hormonas essenciais para a amamentação e a maternidade, melhora a saturação de oxigênio do RN e reduz os níveis de cortisol (United Nations International Childrens Emergency Found, n.d.).

Durante o internamento e, na transição para a parentalidade, as dúvidas mais frequentes das puérperas relacionam-se com a amamentação e os cuidados ao RN prematuro rodeado de equipamentos. Manifestavam insegurança em tocar no RN, pegar no RN (*canguru care*) e receio pelo seu RN quando em incubadora, com todos os equipamentos de monitorização e tratamento.

Mostrei sempre disponibilidade para retirar dúvidas e, por vezes, as suas dúvidas eram as minhas, neste caso, com ajuda das minhas tutoras esclareci a puérpera/casal (e a mim). Algumas vezes as mães demonstravam felicidade por me ver e quando questioneei o porquê, disseram que a minha disponibilidade e apoio as deixava mais tranquilas. Portanto consegui proporcionar um ambiente seguro, positivo e favorável à prática de cuidados, compreendendo quais as suas expectativas e criando planos de cuidados em parceria com a puérpera.

Devo, no entanto, assumir o medo e apreensão que tinha perante a ideia de ir estagiar numa unidade de Neonatologia. Cuidar de bebés tão pequenos, com especificidades que estavam fora da minha zona de conforto (adultos), dentro de incubadoras, no meio de inúmeros equipamentos médicos, frágeis, delicados, imaturos, só a ideia me angustiava. Os primeiros dias foram emocionalmente complicados, tive de gerir por muitas vezes o meu *stress* de modo a não transparecer para os pais. Isto associado ao facto de me estar a integrar neste meu novo posto de trabalho, que me exigia mais empenho, dedicação e responsabilidade, seguindo a minha máxima: se é para fazer, que seja bem feito (o melhor possível). Estive com tutoras que queriam que eu aprendesse, me integrasse, que perdesse o medo e me entregasse ao cuidado da díade e fizesse o que está dentro das competências como EEESMO.

Adquiri algumas ferramentas que me irão permitir ter mais segurança quando cuidar do RN em contexto de bloco de partos e puerpério, como detetar sinais de alarme e modos de atuação de acordo com os meios disponíveis.

Tive e tenho muitas dúvidas, sou uma mente curiosa, algumas foram esclarecidas pelas tutoras, e outras enfermeiras, algumas respostas estavam nos protocolos e muitas encontrei em casa, em pesquisas em entidades reguladoras de Neonatologia, nomeadamente a Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

Consegui acompanhar todas as situações do serviço, algumas com alguma distância, que ficavam entregues a colegas com muita experiência pelo rigor dos cuidados a serem prestados e instabilidade relacionada com a prematuridade do bebé, no entanto, estive presente para as mães, para que sentissem que podiam contar com a equipa de enfermagem para “ser, estar” ...

Tive inúmeras oportunidades de realizar técnicas de enfermagem (punção, colheitas de sangue, estimulação com e sem sonda (rectal), colocação de interfaces de VNI e monitorização de CPAPn e de sinais vitais do RN, entre outras).

Acolhi e integrei pais no serviço, tendo informalmente recolhido dados para elaborar a história clínica e social, que complementei com os restantes dados do processo clínico. Coloquei no processo de enfermagem e passei no turno aos colegas, utilizando linguagem científica na transmissão de informação.

Havia alguns casos no serviço de situações do foro social, ou seja, mantinham-se internados os RN por não haver indicação da CPCJ (Comissão de Proteção a Crianças e Jovens) de se poder dar alta, algumas aguardavam parecer do tribunal. Eram RN saudáveis com condição social de risco.

Desde que entravam na UCERN, os pais eram preparados para a alta, ou seja, promovia-se/apoiava-se a vinculação, capacitavam-se os pais para cuidar do RN, colaborando estreitamente na transição para a parentalidade. No dia da alta, recapitulavam-se os ensinamentos e validam-se as competências, apresenta-se o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e explicam-se as suas especificidades, desde a exposição de informação por idade que permite retirar dúvidas, sítio específico para ir escrevendo as dúvidas que mantém para o médico esclarecer e de ser uma ferramenta de continuidade de cuidados, fazendo a ligação entre o médico assistente e outros que assistam o bebé/criança/adolescente.

#### 4.3 Desenvolver competências técnicas e científicas na prestação de cuidados especializados ao recém-nascido (RN)

Na UCERN, por norma os RN internados têm acima de 34 semanas (idade gestacional a partir da qual são aceites na sala de partos) no entanto, por inúmeras causas, têm algumas vezes internados prematuros com >32 semanas. Houve alguns RN internados com 32-33s durante o estágio. Segundo a OMS (2018) um RN nascido antes de 37 semanas de gestação é considerado prematuro. Estes são categorizados de acordo com base na idade gestacional em prematuro extremo (menos de 28 semanas), muito prematuro (28 a 32 semanas) e pré-termo moderado a tardio (32 a 37 semanas).

Dado que a maioria dos RN internados na UCERN têm mais de 34 semanas foquei-me na sua prematuridade e especificidade. Portanto, os recém-nascidos cujo nascimento ocorre entre as

34 semanas e 36 semanas e 6 dias de idade gestacional são RN PTT (Recém-nascidos pré-termo tardios). Têm maior mortalidade (3 vezes superior ao RN de termo que condiciona um aumento de 6 vezes na mortalidade neonatal e de 4 vezes na mortalidade infantil durante o primeiro ano de vida) e morbidade (7 vezes superior em PTT e duplica por cada semana de idade gestacional abaixo das 38 semanas) que os RN de termo, isto deve-se à sua imaturidade fisiológica e metabólica (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018b).

Os partos pré termo resultam de uma “melhoria da vigilância da gestação, permitindo detetar condições maternas, placentares e fetais que resultam em indicação para intervenção médica; gestações múltiplas, frequentemente associadas a procriação medicamente assistida; aumento da idade materna; obesidade materna, com patologia associada como diabetes e hipertensão arterial e erro na determinação da idade gestacional”, portanto “a prematuridade pode ser consequência de parto pré-termo espontâneo ou intervenção médica por indicação materna ou fetal (indução do trabalho de parto ou cesariana).” Sendo “causas comuns para intervenção médica... pré-eclâmpsia, eclâmpsia, colestase gravídica, alteração da fluxometria e restrição de crescimento fetal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018b, p. 1).

No período neonatal, está descrito que os PTT têm maior probabilidade de:

- Morbidade respiratória (2 a 3 x mais que os RN de termo) como síndrome de dificuldade respiratória (SDR), taquipneia transitória do RN, pneumonia, insuficiência respiratória e hipertensão pulmonar persistente - desenvolvimento pulmonar é incompleto, ocorrendo entre 34 e 37 semanas a transição do estágio sacular para a alveolar, e existe défice qualitativo e quantitativo do surfactante
- Apneia - ocorre em 4 a 7% do PTT e a síndrome de morte súbita do lactente está descrita em 1,7/1000
- Hipotermia - devido à imaturidade da pele e do centro de termorregulação, relação superfície corporal/peso superior e défice de tecido adiposo castanho (temperatura axilar alvo situa-se entre os 36,5°C e os 37,5°C)
- Hipoglicemia (3 vezes mais frequente) - resulta das limitações nos complexos enzimáticos de glicogenólise e neoglicogênese e da inadequada oferta alimentar devido a dificuldades alimentares específicas desde grupo
- Hiperbilirrubinemia (risco 2 a 5 vezes maior em relação ao RNT) - complicação frequente, resultando da imaturidade do metabolismo da bilirrubina.

Habitualmente é mais prevalente, mais grave (risco 8 vezes maior de atingir valores superiores a 20 mg/dl) e tem evolução mais prolongada (pico entre 5 e 7 dias de vida)

- Dificuldades alimentares que levam a perda ponderal excessiva, desidratação e Hiperbilirrubinemia. A coordenação sucção/deglutição/respiração imatura, sucção débil, motilidade e esvaziamento gástrico lentos e imaturidade na função motora intestinal condicionam dificuldade na alimentação, propiciam a intolerância alimentar e prolongam o internamento
- Sepsis - precoce e tardia - parece ser justificada pela imaturidade do sistema imunitário, são sinais sugestivos de infeção a dificuldade respiratória, a apneia, a instabilidade térmica, a instabilidade metabólica, os tremores, o aspeto marmoreado, a letargia e a recusa alimentar (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018b)

Portanto deve ser realizada vigilância e monitorização específica da 1<sup>a</sup>-12<sup>a</sup> horas pós-parto, mantendo-se mais rigorosa e continua durante as primeiras 24 horas de vida. Os sinais vitais devem ser avaliados de 6/6h nas primeiras 24 horas de vida e depois de 8/8h até à estabilidade cardiorrespiratória.

Efetivamente o serviço de neonatologia tem como razão de internamento o RN prematuro, RN com risco infeccioso, RN com sépsis, RN com SDR, RN com icterícia neonatal, RN com alterações metabólicas e/ou genéticas e /ou RN com situação social de risco.

Tive uma situação de uma RN com 33 semanas, com SDR sob CPAPn, que apresentava tiragem global, mas que era mais exacerbada pela sua magreza, ou seja, aí fui confrontada com a necessidade de tentar perceber qual a sua situação face ao peso para a sua idade. A Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomenda para avaliação do crescimento intrauterino as curvas de Fenton 2013 (específicas para o sexo, baseadas no peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer), se o peso for < percentil 3, o recém-nascido é classificado leve para a idade gestacional e se > percentil 97, grande para a idade gestacional. No sentido de avaliar a evolução ponderal durante o internamento de RN pré-termo é recomendada a calculadora *on-line* [www.growthcalculator.org](http://www.growthcalculator.org), baseada em curvas longitudinais recentes dado que esta assinala graficamente e com precisão, o percentil do peso atual, assim como o peso alvo e o desvio. Ressalva-se que as curvas de Fenton 2013 podem ser uma alternativa para monitorizar o crescimento linear e cefálico, enquanto na unidade neonatal (L. P. Silva et al., 2020).

Efetivamente, apesar de esta RN não ser leve para a idade tinha um baixo peso. Quanto aos seus sinais de SDR seriam tiragem global, adejo nasal e bradipneia/apneia que estava mais compensada com o CPAPn.

Ainda de acordo com a escala a aplicar no serviço, NSRAS (Apêndice III), permitiu-me refletir sobre a necessidade de ir trocando de forma sequencial as interfaces do CPAP para evitar lesões por pressão, no entanto, dado que esgotaram as máscaras faciais, acabou por ficar com a zonas de contacto de *prongs* (interface de ventilação não invasiva para RN) maceradas, o que provocava dor e desconforto à mobilização. Mobilizaram-se todos os esforços para diminuir esse desconforto..., mas com pouca eficácia.

Verifiquei que os RN ficavam mais agitados e difícil de acalmar quando submetidos a muitas intervenções dispersas no tempo, ficavam desorganizados, neste contexto havia um esforço da equipa para agrupar a prestação de cuidados para que não houvesse manipulações excessivas e para proporcionar ao RN períodos mais longos de repouso, sono. O uso de ninhos em RN mais prematuros também ajuda a organizá-los, dando a sensação de limite, com a flexão e aconchego como teriam no útero materno.

A gestão ambiental também é vital, a luz e os ruídos são fatores que podem interferir com o desenvolvimento, entre outros fatores como os emocionais, psicológicos e clínicos. “As luzes artificiais intensas e brilhantes, elevados níveis de ruído, sensações dolorosas frequentes, a privação do sono, a sedação prolongada e a separação materna, afetam o desenvolvimento global e neuro sensorial A diminuição da intensidade luminosa está associada a uma otimização do crescimento físico e a uma maior estabilidade hemodinâmica, respiratória e motora nos recém-nascidos prematuros. Níveis de luz contínuos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) impedem o normal desenvolvimento do ritmo circadiano, alterando os ritmos de sono e vigília, elevando os níveis de cortisol e de *stress*”, enquanto os efeitos da luz cíclica são: “melhorar a tolerância alimentar, o ganho de peso, a função respiratória, a coordenação motora e diminuir a hiperbilirrubinemia. Portanto a luminosidade periódica, de baixa intensidade estimula o desenvolvimento do relógio biológico, sendo um componente importante dos cuidados neonatais” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018a).

Há ainda a ter em consideração que o “feto e o RNPT não têm a capacidade de constrição pupilar antes das 30 semanas de gestação e, entre as 32 e as 34 semanas, a resposta pupilar à luz é variável. Também, antes das 32 semanas de gestação, as pálpebras, outro mecanismo que limita a entrada de luz, são finas e permanecem muito tempo abertas. De modo particular, o RN doente é incapaz de fechar eficazmente as pálpebras”, os RNPT são na realidade fetos, que

vivenciam um padrão diferente e muito maior de estímulos sensoriais do que teriam *in útero* criando um hiato importante entre o ambiente sensorial na UCIN e as necessidades esperadas para o desenvolvimento do SNC. Nestes “RN imaturos e doentes, a luz é, a par do ruído e da manipulação, um fator causador de stress com consequentes perturbações da estabilidade fisiológica. É importante mencionar que os RN só respondem efetivamente ao aumento da estimulação sensorial se o seu sistema neuro comportamental está suficientemente estável e maduro” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018a)

As UCIN têm, por norma, internados, um leque de RN, de diferentes IG e com condições clínicas que exigem tratamento e cuidados díspares no que se refere a proteção e promoção do desenvolvimento (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018a).

Segundo Santos et al (2018) as recomendações gerais para luminosidade numa UCIN são: a intensidade da luz deve ser apenas a necessária para determinado procedimento; as zonas de preparação de medicação, de registos e de lavagem das mãos devem ser bem iluminadas mas, a luz não deve atingir de forma direta os olhos dos RN; se existirem janelas que permitam a passagem de luz natural estas devem ter um distanciamento mínimo dos postos dos RN de 60 cm, ter um isolamento térmico eficaz e devem estar equipadas com persianas que permitam a variação da luminosidade e permitir uma limpeza adequada; devem utilizar-se candeeiros/focos individuais, se disponíveis, para direcionar a luz apenas onde é necessária ou para efetuar procedimentos.

Cada UCIN deve ter conhecimento das suas particularidades em termos de iluminação, ou seja, quando a luz natural não é suficiente, usar preferencialmente luz artificial indireta; à noite obscurecer gradualmente a enfermaria, utilizando a iluminação indireta se necessária, desligar as luzes, se possível, e utilizar candeeiros/focos individuais, se disponíveis; evitar o uso das luzes do teto durante a noite já que a luz é muito intensa e não seletiva; por regra, não colocar incubadoras abertas junto das janelas ou correr as persianas/cortinas de forma a filtrar a luz do sol; proteger todos os bebés da luz solar direta, de luz brilhante e/ou intensa e de alterações abruptas de luminosidade; atribuir os postos com menor luminosidade aos RN mais prematuros ou mais doentes.

No que se refere a RNs doentes ou instáveis, deve-se: tapar as incubadoras com uma capa acolchoada deixando sempre uma parte descoberta para que o bebé seja convenientemente vigiado e receba alguma luz, de preferência natural (ritmos circadianos); manter a luminosidade noturna, quase escuridão e a diurna (luz artificial) moderada quando necessária; proteger os

olhos quando for necessário incidir luz sobre a incubadora e o RN, com recurso a uma manta opaca; evitar colocar o RN nos postos junto das janelas mas, caso não seja possível, tapar a incidência de luz direta para dentro da incubadora com cobertura extra ou manter as persianas descidas; proteger da luz com as mãos ou manta, quando for ao colo, ao canguru ou sempre que for necessário sair da incubadora (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018a).

Nos RN em incubadoras há sempre o cuidado de usar mantas acolchoadas, para evitar a passagem de luz, nos mais prematuros há o cuidado de se colocar uma manta que cobre praticamente toda a incubadora, o que vai de encontro às recomendações. Também o usar o foco para dirigir a luz apenas para a área em que se necessita efetivamente dela (procedimentos/cuidados específicos).

Há também uma atenção ao ruído, evitando-se conversas em voz mais alta, abrir invólucros dentro de incubadoras ou pousar material em cima da incubadora.

Algo que espero conseguir mudar é colocar as incubadoras dos RN mais instáveis/doentes e /ou prematuros para zonas menos iluminadas.

No que concerne às situações de risco social, o interesse da criança prevalece. Tive uma situação em que a decisão do tribunal era a institucionalização da criança, podendo a mãe, se assim o desejasse, ser institucionalizada com a sua filha. Os pais eram menores, a mãe com história de fugas prévias de instituições (já ela estivera institucionalizada). Até à altura em que a instituição juntamente com a PSP (Polícia de Segurança Pública) vieram buscar a criança, a mãe não tinha demonstrado interesse na sua institucionalização conjunta (não queria regressar a uma instituição), nesta altura, sob muita pressão por ir ficar sem a filha, optou por ir também e acabou por ficar reunida com a sua RN. Admito que durante todo este processo fiquei angustiada, com um grande “aperto no peito”, era para mim inconcebível ficar afastada de um filho... estas questões são emocionalmente desafiantes para a equipa de enfermagem.

Durante o estágio promovi estabelecimento da vinculação da díade/tríade, estive presente e apoiei uma EOT para administração de surfactante a uma RN prematura, detetei alguns sinais de alarme que comuniquei à tutora e médica assistente, prestei cuidados a RN com CPAP (que é em muito semelhante ao cuidado ao adulto na mesma modalidade ventilatória), realizei ensinamentos à mãe sobre cuidados de higiene e conforto, monitorização de temperatura e eliminação vesical e intestinal bem como sinais de alarme que devia identificar quer para alertar a equipa de enfermagem como sinais a identificar que a devessem encaminhar a um serviço de urgência após a alta e realizei preparação para a alta durante todo o período de internamento, desde a

admissão, com suma e validação ao dia da alta, em que se entregam todos os documentos de marcação de consultas e resumo clínico e Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

Nas primeiras abordagens às puérperas, tentei sempre perceber quais as suas expectativas relativas à amamentação. Neste âmbito, e tendo em consideração que o CHTV é Um Hospital Amigo dos bebés, as expectativas maternas, as vantagens do aleitamento materno, e o conhecimento materno no domínio do aleitamento realizei ensinamentos dirigidos e adequados a cada puérpera focando-me nas vantagens do aleitamento materno.

Salientamos que a OMS e a UNICEF (Levy & Bértolo, 2012) com o intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, implementaram, “A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, que contempla 10 medidas para o sucesso do aleitamento materno. Sendo o leite materno o alimento por excelência dos PTT, é difícil estabelecer a amamentação de forma eficaz nestes RN. Importa avaliar a vontade da mãe de amamentar, quais os seus conhecimentos e a experiência que tem. Devido a condicionantes específicas destes PPT, importa explicar à mãe algumas das dificuldades que pode enfrentar ao amamentar (sonolência, menor força muscular, dificuldade na pega e imaturidade da coordenação sucção-deglutição).

Deve-se focar o ensino nas estratégias a usar para ultrapassar estas dificuldades, para que isso aconteça a mãe deve aprender a reconhecer no PTT sinais de procura/busca e amamentar em livre demanda. “Se as mamadas forem ineficazes ou insuficientes, a mãe deve ser incentivada a extrair leite. Um profissional com experiência no aleitamento materno (ex.: conselheira da amamentação) deve observar, pelo menos duas vezes ao dia a mamada, e apoiar sempre que a mãe solicitar. Recomenda-se o registo da frequência e duração das mamadas, número de micções e dejeções bem como peso diário. Uma perda ponderal superior a 3% por dia ou de 7% após as 48h de vida, implica uma monitorização apertada da alimentação do PTT. A suplementação deve ser realizada apenas por indicação médica e de preferência com leite materno. Os volumes recomendados destes suplementos são: 2-10 ml/refeição nas primeiras 24h; 5-15 ml/refeição entre 24-48h; 15-30 ml/refeição entre 48-72h e 30-60 ml/refeição entre 72-96h. Se for administrado uma fórmula láctea, esta deverá ser ponderada caso a caso” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018b, p. 4)

Na instrução, como mencionado anteriormente não apenas devemos falar sobre as vantagens e desvantagens da amamentação, como também a forma como funciona e as suas dificuldades. Por algumas vezes me apercebi que as puérperas não conhecem, debateram as dificuldades da amamentação, criando uma noção irrealista de um processo sem qualquer dificuldade.

A puérpera tem de reconhecer uma boa pega, tem de saber posicionar o seu RN e desenvolver estratégias para ultrapassar pequenas dificuldades. É aqui que o EEESMO tem o seu papel, foi aqui que mais me empenhei, no ensino. Foquei mais na capacitação da puérpera: progressivamente a conseguir transmitir o conhecimento, fazer pequenas correções e por último validar o processo de aprendizagem supervisionando uma pega bem feita, com o RN bem posicionado.

Enquanto o RN prematuro está instável ou muito imaturo, não se inicia logo a amamentação, no entanto, para que se possa iniciar a alimentação (quando prescrita pelo médico) com LM (Leite materno), as mães são incentivadas a realizar a estimulação mamária com bomba e a armazenar o seu leite (frigorífico ou congelador) para que se administre sempre o seu leite.

Assim que se verificarem reflexos de busca, sucção e deglutição, tenta-se iniciar o Aleitamento materno, inicialmente com seringa ou copo, dedo/seringa e, quando reflexos mais eficazes, na mama materna. Algumas mães manifestam apenas insegurança/frustração neste processo, sendo necessário apoiar a mamada e assegurar que está a adaptar-se bem de modo que ganhem segurança e se sintam empoderadas. No entanto, alguns RN necessitam de mais tempo para se adaptar, cansam-se rápido ou ainda têm reflexos débeis, e aí vamos incentivando a amamentação, vamos tentando, sempre sem forçar (nem a mãe nem o RN). O objetivo é treinar este processo e no final do internamento já deverão amamentar de forma autónoma, cabendo-nos o papel de supervisão.

## **5. Desenvolvimento de competências no âmbito do estágio em promoção da saúde da mulher**

### **5.1 Contextualização do estágio**

A USF Infante D. Henrique está integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Dão Lafões. Pertence à Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC, IP). Tem uma equipa multidisciplinar constituída enfermeiros, médicos e secretários clínicos. Abrange uma população de cerca de 16 000 utentes, que pertencem à União de Freguesias de Viseu, Abraveses, Campo, Orgens, São Cipriano, São Salvador e Rio de Loba. Está localizada no Edifício do MAS, no 2º andar. Como serviços prestados tem consultas de Programa a Grupos Vulneráveis de planeamento familiar, de climatério, de saúde materna, entre outras; e quanto aos serviços de enfermagem destacam-se as aulas de preparação para o parto e parentalidade. Cada utente da USF Infante D. Henrique tem à sua disposição uma equipa de saúde familiar, constituída por um médico de família, um enfermeiro de família e um secretário clínico (Unidade de Saúde Familiar Infante D. Henrique, n.d.).

O estágio teve a duração de 3 semanas, sob orientação de uma EEESMO.

### **5.2 Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados no âmbito da promoção da saúde, diagnóstico precoce, prevenção de complicações, tratamento, reabilitação e readaptação**

A DGS (2015) emitiu o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, que parte do pressuposto que a gravidez é uma excelente oportunidade para promover “um futuro mais saudável da população desde o início do ciclo de vida. Nesse sentido dá igualmente ênfase à avaliação do bem-estar emocional da mulher, da criança e da família. Além dos temas usuais quando se fala em gravidez, como preparação para o parto, parentalidade e aleitamento materno, neste programa são abordados temas como alimentação, atividade física, saúde oral, sexualidade durante a gravidez, tabagismo, álcool e substâncias psicoativas e segurança rodoviária, entre outros.”

No decurso das 3 semanas de estágio tive a possibilidade de realizar consultas de planeamento familiar, de saúde materna e participar no curso de Preparação para o parto e para a parentalidade (PPP).

Nas consultas de planeamento familiar tive a oportunidade de poder realizar educação para a saúde relativa a ACO (anticoncepcional oral), ou seja, depois de prescrito pelo médico, é o EEESMO que o disponibiliza à cliente, realizando neste ato a verificação se a toma é realizada de forma adequada, alertando para os sinais de alerta ou de perda de eficácia para que a mulher consiga ter o controlo da sua vida reprodutiva. Pude ainda realizar ensinamentos sobre sexualidade a uma mulher no climatério (uso de lubrificante a base de água para prevenção de fissuras e maior prazer sexual, dada a diminuição da produção de estrogénios característica desta fase que condiciona secura vaginal e consequente dispareunia).

O rastreio do cancro do colo do útero é um dos principais pontos que leva as mulheres a esta consulta, estando dentro da estratégia da OMS para eliminar este tipo de cancro, a par da vacinação e tratamento com objetivo de salvar cinco milhões de vidas até 2050. É o cancro mais comum nas mulheres, sendo uma doença evitável e curável se detetado precocemente {Jornal, 2020, OMS lança estratégia para eliminar o cancro do colo do útero}. Daí que deve ser realizado, de acordo com o tipo de exame a todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade que ainda não o tenham realizado (Jornal Médico, 2020)

Dada a possibilidade de poder participar na preparação para o parto e para a parentalidade, foquei-me na preparação e realização de 2 sessões com 4 temas para as grávidas/casais que a frequentavam.

No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (Portugal et al., 2015) encontra-se contemplada a preparação para o parto e para a parentalidade, em que, na educação pré-natal, de forma proactiva, se devem desenvolver as questões relacionadas com a gravidez, parto, puerpério e parentalidade. Adequando a cada grávida/casal de acordo com a evolução da gravidez. Os temas a ser abordados devem incluir informações sobre as transformações físicas e psicológicas da gravidez e parentalidade, o crescimento e desenvolvimento fetal, a saúde oral, o trabalho de parto, os tipos de parto, a analgesia no parto, o papel do acompanhante, a massagem ao períneo e a informação acerca de células estaminais. Os cuidados no puerpério e ao recém-nascido (alimentação, banho, roupa, vacinas), a prevenção de acidentes, incluindo a “alta segura”, o aleitamento materno, as competências parentais e os direitos e deveres parentais são temáticas igualmente importantes”... com os objetivos de ”desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho” (Portugal et al., 2015, pp. 62–63). Neste contexto surgem os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade a que todas as grávidas/casais devem ter acesso no

decorso da gravidez. Estes cursos, com sessões com componente teórica e prática, dão possibilidade à mulher/casal de partilhar, expressar e esclarecer as dúvidas, medos e angústias inerentes a estas fases, num grupo de suporte mútuo. Neste sentido é necessário que o profissional responsável realize uma entrevista prévia com a grávida/casal de modo a conhecê-los melhor.

Dentro dos temas a serem abordados, e dado que o tema da minha investigação se relaciona com a violência obstétrica, enquadrei-me nos direitos e deveres parentais, tendo realizado sessão sobre o regime de proteção e apoio à parentalidade (apêndice IV), violência obstétrica (apêndice V) e plano de parto (apêndice VI). Nestas sessões, no início revi sempre conteúdos da sessão anterior e questioneei sobre dúvidas, após esse momento expus o conteúdo teórico em ppt® e no final da componente teórica estimei o debate e exposição de dúvidas. No fim da componente teórica passei à prática, na primeira sessão apresentei um vídeo que fiz sobre exercícios de aquecimento, básculas e alongamentos na bola de pilates e na segunda sessão para além da componente teórica sobre violência obstétrica e plano de parto apresentei os exercícios de *kegel*.

Em contexto pandémico, e dado que a USF não dispões de um espaço amplo para realização destas sessões presenciais, estas são realizadas online (com todas as limitações inerentes a essas circunstâncias). Ainda assim apercebi-me que as grávidas/casais são muito participativos e têm um sincero interesse na sua preparação/aprendizagem. Após a apresentação do regime de proteção e apoio à parentalidade, verifiquei que a legislação é difícil de interpretar, mesmo para uma das grávidas que era advogada. Como percebi que tinham ficado algumas dúvidas após a sessão e debate, fui à segurança social para que me ajudassem a interpretar algumas questões e, antes de iniciar a sessão seguinte retirei as dúvidas e verifiquei que o grupo estava informado e esclarecido.

## **6. Aquisição do número de experiências mínimas exigidas curricularmente**

No sentido de cumprir o exposto na diretiva nº2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho que foi transposta para o direito português na Lei 9/2009 de 4 de março (Portugal, Decreto lei nº44/2009), é necessário cumprir as experiências mínimas:

- Consulta de grávidas, inclui 100 exames pré-natais
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto
- Realização de 40 partos
- Participar ativamente em 1 ou 2 partos de apresentação pélvica
- Prática de episiotomia/perineorrafia
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situações de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério
- Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas
- Vigilância e prestação de cuidados a 100 RN normais

Nos cuidados de saúde primários realizei 137 consultas de saúde materna, com PPP inclusivamente, no serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, realizei também vigilância de gravidez de baixo risco a 20 grávidas, num total de 157 consultas a grávidas, com realização de exames pré-natais.

Na sala de partos vigiei e prestei cuidados a 146 mulheres em trabalho de parto, das quais 33 com risco/patologia associada: 10 com diabetes gestacional, 2 com trombofilia, 1 com hemorragia do 1º trimestre, 4 com diagnóstico de RCF, entre outros.

Realizei ainda 44 partos eutócicos, 16 com episiotomia e os restantes sem recurso a episiotomia.

Não tendo podido realizar/participar em partos com apresentação pélvica, que na unidade em que realizei estágio têm indicação para cesariana eletiva, realizei, no entanto, simulações em contexto de aulas práticas.

No que concerne a situações de risco, durante o estágio da patologia da gravidez vigiei e prestei cuidados a 17 mulheres, na sala de partos de 33 parturientes com situação de risco, na urgência de ginecologia e obstetrícia participei na vigilância da gravidez de 9 mulheres com patologia da gravidez (DG, hemorragia no 1º e 3º trimestre, patologia cardíaca, RCF, entre outros) e, no puerpério com 22 puérperas com risco sendo as situações mais comuns DG, trombofilia, HTA,

colestase gravídica, PPT. O que dá um total de 81 mulheres que vigiei e prestei cuidados que se encontravam em situações de risco.

Na sala de partos faz-se a vigilância e prestam-se cuidados no puerpério imediato, neste sentido cuidei de 48 puérperas, tendo realizado o primeiro exame 2h após o parto. No puerpério cuidei de 72 puérperas, as quais avaliei (das quais 20 de risco que já referi). Totalizam-se 120 puérperas que cuidei durante os estágios.

Vigiei e cuidei de 52 RN na sala de partos e de 70 RN no puerpério, num total de 122.

Desta forma posso confirmar que ultrapassei o número mínimo de experiencias curricularmente exigidas para obtenção do titulo de EEESMO.



## Considerações finais

Num estágio de natureza profissional, com tutor, é necessário que haja uma reflexão sobre as atividades desenvolvidas, como foram desenvolvidas, na forma como foram debatidas entre estudante e profissionais e quais os fatores que facilitaram ou, pelo contrário dificultaram esse processo. Este percurso encontra-se plasmado neste relatório.

No estágio em contexto de sala de partos, a tutoria foi de 3 EEESMOS que proporcionaram o maior número de experiências possível, que incentivaram o desenvolvimento de competências e deram segurança nos momentos de maior tensão. Mesmo com equipas médicas que seguem linhas de ação mais interventivas, com menor suporte na evidencia científica, mantiveram sempre o seu foco no trabalho de parto e parto humanizado, sem qualquer tipo de violência obstétrica, com as práticas sustentadas na evidencia científica. Foram e são um modelo a seguir neste contexto.

É extremamente gratificante estar presente neste momento tão especial na vida da mulher/casal, desde o trabalho de parto, em que podemos ser elementos que ajudem a proporcionar calma, tranquilidade, confiança e empoderamento, até ao parto, passando pela expressão de imensa felicidade quando o seu bebe nasce.

No puerpério, algumas dificuldades manifestaram-se na primeira semana de estágio, a fluência do serviço foi elevada, portanto a informação transmitida era condensada, e alguma não ficou assimilada no imediato. Com o avançar do estágio permitiu-se conhecer as dinâmicas do serviço e integração, com a reconhecimento dos protocolos e a sua aplicação de forma adequada.

Dado o desconhecimento do programa informático para realização do plano de cuidados, foi necessário algum tempo para o explorar e aplicar adequadamente a cada puérpera, no entanto o processo do RN, em suporte papel, foi muito mais fácil de conhecer e aplicar.

No momento do puerpério, o casal quer aprender o mais que conseguir sobre o seu RN, os cuidados a prestar e ainda está a tentar perceber como se vai a família adaptar e ajustar à parentalidade. É um momento em que a mulher está frágil, vulnerável e com um bebé totalmente dependente de si, podendo sentir-se assoberbada pela situação e, o pai, finalmente conhece o seu bebé, mas que tem pouco tempo para o conhecer (pela condicionante da pandemia por covid-19) o que poderá condicionar momentos de transição difíceis. Cabe ao EEESMO planificar e implementar estratégias para facilitar essa transição, desmistificando alguns conceitos, dando competências, empoderando o casal. Em estágio consegui estar

presente e desenvolver estas competências, no entanto, a intervenção do EEESMO depende das suas condições laborais e, com o rácio enfermeiro/tríade existente no serviço, não é possível, para os EEESMO, no quotidiano apoiar todas as transições mais difíceis. Isto leva a que haja um menor apoio à amamentação, maior cansaço, frustração que condiciona a dedicação e motivação dos profissionais.

No estágio em contexto de ginecologia consegui ter inúmeras oportunidades de aprendizagem, no entanto, como referido no respetivo tópico, é um serviço que tem uma carga emocional pesada pelas patologias mais frequentes serem do foro da neoplasia. Isto leva a que o EEESMO tenha de desenvolver estratégias de *coping* para prestar o melhor cuidado com base nas melhores práticas/evidência científica sem comprometer o seu estado emocional. Foi esse o maior desafio, levando a que se realizasse uma maior investigação da evidência científica e a aplicar a técnica de espelho sempre que surgia uma nova situação, que condiciona o maior desenvolvimento das competências, e permite melhor adaptação em contextos idênticos.

O estágio de patologia da gravidez sofreu com a pandemia, tendo existido pouca afluência de grávidas com patologia durante esse período no serviço. No entanto, para aproveitar melhor estas oportunidades, investigou-se mais aprofundadamente as patologias das grávidas que estiveram internadas. As tutoras estiveram sempre disponíveis para ajudar/orientar no desenvolvimento de competências e foi com o seu apoio que esse objetivo se alcançou. Tendo sido gratificante o reconhecimento das grávidas pelos cuidados e presença. É expectável que a gravidez decorra sem intercorrências e, quando tal não acontece, a grávida fica fragilizada, vulnerável e angustiada, sendo a maior dificuldade a gestão dessas emoções e a promoção da esperança. A atuação do EEESMO nesta fase é essencial para que seja uma transição (embora temporária) saudável.

A neonatologia é um contexto pouco conhecido, quer pelos profissionais que não necessitaram dos seus cuidados quer pelos pais. É negligenciado este tema na preparação para o parto e parentalidade e nas consultas de saúde materna, portanto, quando há necessidade de os RN ficarem internados neste serviço, os pais ficam assustados, fragilizados e vulneráveis. Isto agrava com a pandemia que condiciona a puérpera a passar por esta transição de forma solitária enquanto a visita do pai se encontra limitada a 30 min. Cabe ao EEESMO, dada a complexidade da situação do RN e a possibilidade de uma transição problemática para os pais, realizar a sua planificação e implementação de estratégias de forma preventiva e interventiva para facilitar este processo e condicionar uma transição saudável, ajudando no ajuste desta tríade.

Felizmente as 2 tutoras manifestavam uma postura de acordo com a teoria das transições de

Meleis e do cuidado humanizado, o que foi facilitador para o desenvolvimento de competências nesta área tão específica.

Na promoção da saúde da mulher a postura da tutora foi facilitadora (pela sua iniciativa, proatividade, conhecimento e solidariedade), para a aquisição e desenvolvimento de competências, com incentivo constante à aprendizagem, relação com as mulheres/casais e empenho na elaboração de ensinamentos para a saúde adequados a cada situação. Também a participação em momentos de rastreio foi incentivada o que permitiu um enorme crescimento como EEESMO, pessoal e profissional.

O ambiente na equipa harmonioso, na tentativa de alcançar objetivos comuns em equipa, leva a que todos os elementos colaborem, se apoiem, motivem e persigam a excelência do cuidar.

Globalmente o estágio proporcionou inúmeras experiências novas, conhecimento, autoconhecimento, o que permitiu desenvolver as técnicas de aprendizagem e assertividade. O facto de haver um *background* profissional com alguns anos de experiência em alguns contextos exigentes terá sido facilitador deste processo. Este relatório reflete isso mesmo, o equilíbrio entre a experiência, o estudo, a investigação, a reflexão crítica e reflexiva e a tutoria no processo de aquisição de competências inerentes ao enfermeiro especialista, mais precisamente ao EEESMO.



## Referências Bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V, Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal technique during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Review*, 6(6), Cd006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). *Delayed umbilical cord clamping after birth* (Vol. 131, pp. 194–199). ACOG Committee Opinion.
- Bombas, T., Branco, M., Franco, S., Gomes, P., Galhano, E., Fonseca, E., Ramalho, C., Pacheco, A., Alves, M. J., Carvalho, R., Centeno, M., Araújo, C., Mártires, E., Clode, N., Almeida, M. C., & Moura, P. (2017). Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal. *Acta Obstétrica e Ginecologica Portuguesa*, 11(2), 132–143.
- Burden, C., Bradley, S., Siassakos, D., Storey, C., Ellis, A., Heazell, A., Downe, S., & Cacciatore, J. (2016). From grief, guilt pain and stigma to hope and pride: A systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0800-8>
- Centro Hospitalar Tondela Viseu EPE. (2021). *Relatório analítico da actividade assistencial e desempenho económico-financeiro*. [http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2020/09/4167\\_001.pdf](http://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2020/09/4167_001.pdf)
- Chouk, C., & Litaiem, N. (2021). *Pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539700/>
- Cruz-Ku, G., Chambergo-Michilot, D., Valcarcel, B., Rebaza, P., Möller, M., Araujo, J. M., Enriquez, D., Morante, Z., Razuri, C., Luque, R., Saavedra, A., Eyzaguirre, E., Lujan, M., Noel, N., Pinto, J., Cotrina, J., & Gomez, H. (2020). Lymph node ratio as best prognostic factor in triple-negative breast cancer patients with residual disease after neoadjuvant chemotherapy. *Breast Journal*, 26(9), 1659–1666. <https://doi.org/10.1111/tbj.13988>
- Graça, L. M. (2018). *Medicina Materno Fetal* (Lidel (ed.); 5ª ed.).
- Grupo de Estudos de Cuidados Paliativos. (2020). *Orientações para comunicar más notícias*. [https://apmgf.pt/cento\\_d\\_documentos/folheto-comunicar-mas-noticias-em-cuidados-paliativos/](https://apmgf.pt/cento_d_documentos/folheto-comunicar-mas-noticias-em-cuidados-paliativos/)
- Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil. (2007). Recomendações para o rastreio auditivo neonatal universal (RANU). *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38, 209–214.

- Hopkins, J. (2021). *John Hopkins Medicine*.  
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/breast-cancer/mastectomy>
- ICNP. (2019). *International Council of Nurses*. ICN. [www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser](http://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser)
- International Federation of Gynecology and Obstetrics, & International Confederation of Midwives. (2021). *Joint statement of recommendation for the use of uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage*. <http://www.figo.org/joint-statement-recommendation-uterotonics-prevention-pph>
- Jornal Médico. (2020). *OMS lança estratégia para eliminar o cancro do colo do útero*.  
<https://www.jornalmedico.pt/actualidade/40270-oms-lanca-estrategia-para-eliminar-o-cancro-do-colo-do-utero.html>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno* (Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés (eds.)).  
<http://criancaefamilia.spp.pt/media/129359/4-manual-de-aleitamento-materno.pdf>
- Marques, J., & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: Uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 613–620.
- Mascarenhas, C., Lemos, M., & Amaral, C. (2020). *Assistência em situação de emergência obstétrica in Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica* (Lidel (ed.)).
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., & Dean, M. B. S. (2007). *Theoretical nursing development and progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020). Design and validation of the PercOV-S questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Monlleó, I., Mendes, L., & Gil-da-Silva-Lopes, V. (2014). *Manual de cuidados de saúde e alimentação da criança com fenda oral*.  
[https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/manual\\_fof\\_final.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/manual_fof_final.pdf)
- Montero, S., Sánchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A., & Tirado, M. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista*

*Latino-Americana Enfermagem*, 19.

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/8sxFFgPXFfJBKrCPSbXK5VS/?lang=pt&format=pdf>

Naik, N., Madani, A., Esteva, A., Keskar, N. S., Press, M. F., Ruderman, D., Agus, D. B., & Socher, R. (2020). Deep learning-enabled breast cancer hormonal receptor status determination from base-level H&E stains. *Nature Communications*, 11(1), 5727. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19334-3>

Nené, M., Marques, R., & Batista, M. (2020). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lidel.

October, T., Dryden-Palmer, K., Copnell, B., & Meert, K. L. (2018). Caring for parents after the death of a child. *Pediatric Critical Care Medicine : A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 19(8S Suppl 2), S61–S68. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001466>

Oppenheimer L. & Black, A. (2014). *Segundo período do trabalho de Parto*. In G. D. Posner, J. Dy, A. Y. Black & G. D. Jones (Coords). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (6ª ed). Mc Graw Hill.

Ordem dos Enfermeiros, & Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2017). *Parecer nº 24/2017- Triagem nos serviços de urgência obstetricia e ginecologia por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer\\_24\\_2017\\_MCEESMO\\_TriagemEESMO\\_ServiçosUrgenciaObstetrica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_24_2017_MCEESMO_TriagemEESMO_ServiçosUrgenciaObstetrica.pdf)

Organização Mundial de Saúde. (2018). *Nascimentos Prematuros* (Issue 15/10/2021). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Portugal, Lei 9/2009. (2009, Março 4). Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE (EUR-Lex), do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva n.º 2006/100/CE (EUR-Lex), do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia. *Diário da República I* (44). <https://dre.tretas.org/dre/247330/lei-9-2009-de-4-de-marco-:-~:text=Lei%2F2009,de%204%20de%20Março%20Corpo%20emite,da%20República%20n.º%2044%2F2009,Série%20I%20de%202009-03-04.>

Portugal, Ministério da Saúde, & Direção geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

- Portugal, Ministério da Saúde, & Direção geral da Saúde. (2021a). *COVID-19: Abordagem do doente com suspeita ou confirmação de COVID-19: Vol. Norma nº 0*. DGS.
- Portugal, Ministério da Saúde, & Direção geral da Saúde. (2021b). *Covid-19: uso de máscaras: Vol. 005/2021*. [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Orientacao-\\_005\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Orientacao-_005_2021.pdf)
- Portugal, Regulamento nº140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2* (26), pp.4744-4750 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Portugal, Regulamento nº743/2019. (2019, Setembro 25). Regulamento da norma para calculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República 2*(184), pp. 128-155 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Portugal, Regulamento nº391/2019. (2019, Maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. *Diário da República 2* (85), pp.13560-13565.<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Portugal, Resolução da Assembleia da República nº181/2021. (2021, Junho 28). Recomenda ao governo a eliminação de práticas de violência obstétrica e a realização de um estudo sobre as mesmas. *Diário da Republica 1*(123), p. 6. <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/185/2021/06/28/p/dre/pt/html>
- Sampaio, A. F., Marinho, I. H. de M., Sá, I. A., Gomes, P. O., Faria, S. S., Tavares, T. M. de P., & Souza, J. H. K. (2019). O uso de contraceptivos orais combinados e o risco de trombose venosa profunda em mulheres em idade reprodutiva. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 28(1), 42–48. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saude materna e obstétrica* (Lidel (ed.); 1ª).
- Silva, A., Costa, M., & Martins, M. . (2019). A vivência do luto por perda gestacional na perspectiva do casal: Revisão de escopo. *Revista Brasileira de Sociologia Da Emoção*, 18(54), 77–86. [http://www.cchla.ufpb.br/rbse/AnaResumo\\_RBSEv18n54dez2019.pdf#:~:text=A](http://www.cchla.ufpb.br/rbse/AnaResumo_RBSEv18n54dez2019.pdf#:~:text=A) vivência do luto por perda gestacional na,dor e sofrimento que atingem ambos os pais.
- Silva, L. P., Virella, D., Frutuoso, S., Cunha, M., Rocha, G., & Pissarra, S. (2020). Recomendação de curvas e valores de referência para avaliar o crescimento de crianças nascidas pré-termo: Atualização pela sociedade portuguesa de neonatologia. *Portuguese*

- Journal of Pediatrics*, 51(1), 73–78.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.25754/pjp.2020.18888>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2017). Consenso diabetes gestacional: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24–38. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/i023590.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2020). *Cancro ginecológico: Consensos nacionais 2020* (Sociedade Portuguesa de Ginecologia (ed.)). <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-nacional-cancro-ginecologico-2020.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018a). *Consenso Clínico: A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. 1–16.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018b). *Consenso clínico: Prematuridade tardia* (Sociedade Portuguesa de Neonatologia (ed.); 1º ed., Vol. 1). <http://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>
- Tiezzi, D. G. (2007). Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29(8), 428–434.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000800008>
- Tomey, Alligood, & Albuquerque. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra : modelos e teorias de enfermagem*. Lusociência.
- Tyrrel, P., Harberger, S., & Siddiqui, W. (2021). *Stages of Dying*. StatPearls Publishing.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/>
- Unidade de Saúde Familiar Infante D.Henrique. (n.d.). *Guia do Utente da USF Infante D. Henrique*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/USF\\_INFANTEDHENRIQUE\\_GuiaUtente.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/USF_INFANTEDHENRIQUE_GuiaUtente.pdf)
- United Nations International Childrens Emergency Found. (n.d.). *Skin to skin contact*. Retrieved July 18, 2021, from <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact>
- United Nations International Childrens Emergency Found. (2017). *A iniciativa amiga dos bebés*. Unicef. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>
- World Health Organization. (2013). *O clampeamento tardio do cordão umbilical reduz a anemia infantil* (Issue 5, pp. 1–5).  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO\\_RHR\\_14.19\\_por.pdf?sequence=2#:~:text=Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical,o](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/120074/WHO_RHR_14.19_por.pdf?sequence=2#:~:text=Os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical,o)

clampeamento tardio do cordão umbilical é praticado.

## **II Capítulo**

### **Relatório final da componente de investigação**



## Resumo

**Enquadramento:** A violência obstétrica ganhou destaque após a OMS reconhecer a sua existência nas instituições de saúde. Neste âmbito, em Portugal, há um número elevado de mulheres que sofrem violência obstétrica. Considerando que os EESMOS acompanham a mulher durante o trabalho de parto e parto, torna-se pertinente identificar a perceção destes relativamente à violência obstétrica.

**Objetivos:** Traduzir e validar transculturalmente para português a escala PercOV-S, identificar as perceções dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica relativas à violência obstétrica e analisar a relação entre as perceções dos Enfermeiros Obstetras sobre violência obstétrica e as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional

**Metodologia:** Estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional, analítico e retrospectivo. A amostra é não probabilística por conveniência, constituída por 172 EEESMOS (M=42 anos  $\pm$ 8.678). O instrumento de colheita de dados foi o questionário que permitiu caracterizar a amostra nos aspetos sociodemográficos, formativos e profissionais. Foi ainda utilizada a escala PercOV-S (Mena-Tudela, et al., 2020).

**Resultados:** A idade, o respeito pelas expectativas do casal durante o atendimento, o reconhecimento de ter presenciado violência obstétrica, a formação sobre violência obstétrica e a pertinência dessa formação revelaram-se as variáveis que influenciam a perceção sobre violência obstétrica nos enfermeiros obstetras

**Conclusão:** Face aos resultados é urgente incluir esta temática nos currículos escolares da licenciatura em Enfermagem e Pós-licenciatura ESMO, assim como, implementar formação em serviço, periódica, neste âmbito, uma vez que, apesar de comum, continua a ser uma forma de violência pouco reconhecida.

**Palavras-chave:** Enfermagem Obstétrica, Enfermeiro Obstetra, Violência Obstétrica.



## Abstract

**Background:** Obstetric violence gained prominence after the WHO recognized its existence in health institutions. In this context, in Portugal, there is a high number of women who suffer obstetric violence. Considering that EESMOS accompany women during labor and delivery, it is pertinent to identify their perception of obstetric violence.

**Objectives:** To translate and cross-culturally validate the PercOV-S scale into Portuguese, identify the perceptions of Nurse Specialists in Maternal and Obstetric Health regarding obstetric violence and analyze the relationship between the perceptions of Obstetric Nurses about obstetric violence and the sociodemographic, training context variables and professional

**Methodology:** A quantitative, descriptive, correlational, analytical and retrospective study. The sample is non-probabilistic for convenience, consisting of 172 EESSMOS (M=42 years  $\pm$ 11.98). The data collection instrument was the questionnaire that allowed characterizing the sample in terms of sociodemographic, training and professional aspects. The PercOV-S scale was also used (Mena-Tudela, et al., 2020).

**Results:** Age, respect for the couple's expectations during care, recognition of having witnessed obstetric violence, training on obstetric violence and the relevance of this training proved to be the variables that influence the perception of obstetric violence in obstetric nurses

**Conclusion:** In view of the results, it is urgent to include this topic in the school curricula of the degree in Nursing and Post-Graduate ESMO, as well as to implement periodic in-service training in this context, since, despite being common, it continues to be a form of underrecognized violence.

**Keywords:** Obstetric Nursing, Obstetric Nurse, Obstetric Violence.



## **Introdução**

O parto é um evento natural, revestido de significados culturais, estritamente ligado à mulher, que acompanham a evolução da humanidade, (Carniel et al., 2019). Com a evolução da tecnológica médica, medicaliza-se o parto, associando-o a um processo patológico, com risco para a mulher. Desta forma, o parto passa a realizar-se no hospital, conduzido pelos médicos e enfermeiros obstetras que, com o argumento de ser mais fácil, prático ou rápido recorrem a procedimentos intervencionistas, invasivos, implicando interferências na autonomia da mulher, aumentando os riscos materno-fetais (Souza, Campolina, et al., 2020).

A violência obstétrica (VO) pode ser definida como o desrespeito, abuso e maus-tratos à mulher no contexto da sua assistência à saúde, desde o período pré-natal, passando pela gravidez, parto, puerpério e aborto (Organização Mundial de Saúde, 2014). No entanto, sobre esse assunto, ainda não existe consenso quanto à sua definição (Mena-Tudela, Cervera-Gasch, et al., 2020)

Na América do Sul, a Venezuela (2007) foi o primeiro país a definir VO como a apropriação do corpo e da reprodução das mulheres pelos profissionais de saúde, manifestada por tratamento não humanizado, medicalização excessiva e patologização de processos que são naturais, resultando em perda de autonomia e da capacidade de decisão sobre os seus corpos e a sua sexualidade, com impacto negativo à qualidade de vida da mulher. Os atos que constituem VO: “a intervenção inoportuna e ineficaz às emergências obstétricas, não permitir a escolha da posição de parto à mulher, impedir o contacto imediato da criança com a mãe sem justificação médica, intervir no processo natural do trabalho de parto e o parto de baixo risco por meio de técnicas de aceleração, realizar cesarianas quando o parto natural é possível sem consentimento informado, livre, esclarecido e expresso da mulher” (Sadler et al., 2018, p. 66).

A International Federation of Gynaecology and Obstetrics FIGO, em 2014, elaborou a Iniciativa de Serviços Acolhedores para a Mãe e para o Bebê, fazendo parte integrante desta iniciativa a identificação de condutas de abuso, de coerção e de negligência quer para a parturiente quer para o recém-nascido(RN), logo devem ser protegidos de práticas que não os respeitam quer ao nível cultural, como de integridade corporal e dignidade, e de procedimentos e práticas não baseados na evidência e intervenções desnecessárias (Lalonde & Miller, 2015).

O mote da OMS é de uma assistência ao parto com base no respeito, humanização da assistência e empoderamento da mulher de modo a poderem vivenciar de forma positiva o parto, cumprindo

as suas expectativas e crenças, no entanto, em 2014, a Organização Mundial de Saúde dá um alerta para o número elevado de mulheres que vivenciam violência obstétrica durante o parto e refere quais as práticas que constituem desrespeito à mulher e que dão visibilidade à VO como o abuso físico, o recurso a procedimentos não consentidos, a assistência não confidencial ou indigna, a discriminação baseada nos atributos do paciente, o abandono da assistência e a detenção nas unidades de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2014).

O recurso a instrumentos que permitam avaliar as perceções sobre a violência obstétrica, adequados às características de uma população específica, neste caso enfermeiros obstetras pode contribuir para a avaliação, identificação de condutas que prejudicam ou retiram poder de decisão as mulheres no seu contexto de assistência em saúde, permitindo criar planos de intervenção objetivos numa perspetiva de eliminação das diversas manifestações de VO (Mena-Tudela, Cervera-Gasch, et al., 2020).

Face ao exposto, os objetivos deste estudo foram traduzir e validar transculturalmente, para português, a Escala de perceções dos Enfermeiros Obstetras sobre Violência Obstétrica, PercOV-S de de Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020), identificar a perceção dos enfermeiros obstetras relativa à violência obstétrica e analisar a relação entre a perceção dos Enfermeiros Obstetras sobre violência obstétrica e as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional.

O trabalho encontra-se dividido em 7 partes: resumo (que apresenta o estudo em questão), introdução (que justifica a realização deste estudo), enquadramento teórico (no qual se aborda o parto humanizado como o parto livre de qualquer violência), material e métodos (em que se descreve e caracteriza a amostra, se apresenta e descreve o instrumento de recolha de dados e operacionalização das suas variáveis, as considerações ético-legais do estudo e a análise de dados), segue-se os resultados (com recurso à análise descritiva, inferencial e regressão), posteriormente a discussão de resultados e conclusão.

## 1 Violência obstétrica

Em 1985, a OMS reconhece e começa a manifestar a sua preocupação com a medicalização excessiva do parto e emite algumas orientações para a regularizar. No entanto, os termos usados nessa década para combater a VO, eram humanização do parto e promoção dos direitos das mulheres. Estes termos não causavam impacto, não tinham a repercussão do termo violência, devendo-se em grande parte ao facto do termo violência ir contra os princípios éticos e deontológicos dos profissionais de saúde, bem como ser contra os direitos humanos (Sadler et al., 2018).

Em 2010, Bowser e Hill, categorizaram o desrespeito durante o parto em abuso físico, procedimentos não consentidos, assistência não confidencial, assistência indigna, discriminação baseada nos atributos do paciente, abandono da assistência e detenção nas unidades de saúde. Posteriormente, Freedman et al (2014) consideram o desrespeito e abuso no parto como as condições e interações das instituições, que são consideradas humilhantes ou indignas ou que têm intuito de ser humilhantes ou indignas, isto de acordo com o consenso local. Argumentam uma melhor definição das categorias de Bowser e Hill, isto, no que se refere às características da conduta dos profissionais de saúde, às condições das unidades de saúde e a outros fatores desrespeitosos e abusivos. Neste contexto, propõem um modelo para avaliação das interações ao nível individual, estrutural e das políticas voltadas para esta problemática (Sadler et al., 2018). Ainda neste âmbito, Bohren et al (2015) organizaram em sete temas os maus-tratos à mulher durante o parto: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, padrões não profissionais de assistência, relação difícil entre mulheres e profissionais e condições e restrições do sistema de saúde (Sadler et al., 2018). Partindo desta organização proposta por Bohren et al, Jewkes e Penn-Kekana (2015) relacionam os maus-tratos durante o parto e a violência contra mulheres, afirmando que a violência contra as mulheres se baseia na desigualdade estrutural de género (Jewkes & Penn-Kekana, 2015). A violência obstétrica materializa-se na assimetria da relação entre o profissional de saúde e a mulher/casal, portanto quando o profissional usa os apelidos da mulher vai apagar a sua identidade, quando usa linguagem técnica irá impedir o entendimento da mulher/casal, quando usa linguagem coerciva vai intimidar a mulher a seguir as suas indicações sem conhecer o seu fundamento, quando não dá qualquer informação durante o pré-natal não está a preparar a mulher para o trabalho de parto e parto, quando não há recursos físicos (leitos, materiais e equipamentos adequados) não se

garante a privacidade e dignidade da mulher/casal, quando a comunicação na equipa assistencial é deficitária ou inexistente não se garante a continuidade de cuidados, quando não se envolver a mulher/casal no cuidado, exclui-se a sua intervenção no seu próprio processo, não havendo continuidade na formação dos profissionais incorre-se no risco de uso de práticas não adequadas no cuidar, a desvalorização pelas manifestações de dor ou outras pela mulher/casal leva a uma má experiência de trabalho de parto, entre tantas outras situações a refletir. Podemos assim caracterizar a violência obstétrica como a violência exercida com gritos, comentários desnecessários, procedimentos que se realizam sem informar a mulher/casal e sem o seu consentimento, falta de analgesia quando solicitada pela mulher, negligência, recusa ao internamento, impedimento de entrada do acompanhamento, violência psicológica (tratamento agressivo, discriminante, grosseiro, gozo, pela cor, etnia, raça, religião, estado civil, orientação sexual, etc.), impedir contacto pele a pele com o RN ou impedimento de qualquer contacto com o mesmo, impedir amamentação, realizar cesariana sem qualquer indicação clínica e sem consentimento e informação da mulher, realização da manobra de Kristeller, negligenciar ou impedir a alimentação e hidratação oral da mulher, uso de episiotomia de rotina, indução sem consentimento, restrição de movimentos durante o trabalho de parto e parto, entre outros. Estas situações tornaram-se tão comuns, tão naturais que muitas mulheres as consideram rotineiras, normais, estando esta violência institucionalizada. Assim, retira-se o protagonismo do parto à mulher e ao seu RN (Marques et al., 2020)

Entre 2015-2019 foi realizado um inquérito pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto sobre experiências de parto em Portugal, composto por 7555 participantes, ficando clara uma associação entre a insatisfação com a experiência de parto e o desrespeito, abuso ou discriminação, ou seja, nas situações em que houve desrespeito, abuso ou discriminação, estes influenciaram de forma negativa a experiência de parto das mulheres. Tendo em consideração que 30% das mulheres inquiridas referem ter sido vítimas de desrespeito, abuso ou discriminação, sendo as manifestações referidas: abuso físico (36.8), verbal (43.5%), cuidados ou intervenções não consentidas (59.8%), abandono, negligência ou recusa de cuidados (20.5%), cuidados não confidenciais ou desrespeito pela privacidade (7.5%), relação deficiente com os prestadores de cuidados (50.9%), discriminação por atributos socioeconómicos, étnicos, religiosos, nacionais ou outros (4%), condições e constrangimentos das instalações/do sistema de saúde (21.5%) ou outras (6.9%) (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2020). Face aos resultados encontrados neste estudo e, tendo em consideração o impacto que a violência obstétrica tem para a mulher/casal, devem-se

repensar os contextos formativos (académicos e na prática) dos profissionais de saúde, que em todo o processo formativo e na prática implicitamente aceitam normas, disciplina corporativa e a punição. Descuram-se assim as dimensões emocionais da assistência (Sadler et al., 2018). Torna-se necessário perceber se os profissionais têm condições psicológicas, emocionais, físicas e laborais para garantir um atendimento humanizado. Na maioria das situações seguem protocolos que os protegem, mas limitam o seu pensamento crítico, a sua sensibilidade. No entanto são seres frágeis que lidam diariamente com a dor, sofrimento e morte (Marques et al., 2020).

Está a ser realizado um estudo a nível europeu, desenvolvido no âmbito do projeto Imagine Euro, com objetivo de avaliar os cuidados de saúde prestados às mulheres e RN. Os resultados preliminares dos dados colhidos entre março de 2020 e março de 2021, que contou com a participação de 21027 mulheres pariram em 12 países da União Europeia (Itália, Suécia, Noruega, Eslovénia, Portugal, Alemanha, Servia, Roménia, França, Croácia, Luxemburgo e Espanha), das quais 1685 eram mulheres portuguesas, que responderam a um questionário *online* que incluía as 40 medidas de qualidade baseadas nos padrões da OMS, em quatro dimensões: prestação de cuidados, recursos humanos e estruturas e mudanças organizacionais relacionadas com a pandemia Covid-19. Foram incluídas mulheres que passaram por trabalho de parto (18063) e mulheres que não passaram por este processo (2964). Das mulheres portuguesas que passaram pelo trabalho de parto, 31% tiveram um parto distócico com recuso a ventosa/fórceps o que é três vezes superior à média dos restantes países do estudo que ronda os 11%. Também a episiotomia foi realizada em 41% das mulheres portuguesas quando nos restantes países tem uma representação de 20%. A manobra de Kristeller mantém-se prática comum nas mulheres portuguesas, tendo sido realizada em 49% das mulheres com partos instrumentados face aos 41% dos outros países em estudo. Não foi pedido consentimento para a realização do parto instrumentado a 63% das mulheres em comparação com os 54% da média europeia. Ainda 20% das mulheres refere ter perceção de que foi vítima de abusos físicos, verbais e/ou emocionais associado a que 28% das mulheres portuguesas referiu não haver comunicação eficaz por parte dos profissionais de saúde. Cerca de 41% das mulheres refere não ter estado envolvida nas escolhas do parto e 32% não sentiram ter sido tratadas com dignidade. Como consequência da pandemia referem a escassez de cuidados materno-infantil e diminuição das consultas de rotina. (Lazzerini et al., 2022).

É um tema debatido diariamente nos média e redes sociais sob a perspetiva das mulheres/casais, que inclusivamente após uma petição conseguiram que o assunto fosse debatido na Assembleia

da República Portuguesa que emitiu a Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, na qual, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendou ao Governo que tomasse diligências para a eliminação de práticas de violência obstétrica e realizasse um estudo nacional anónimo sobre práticas de violência obstétrica (Portugal, Resolução da Assembleia da República nº181/2021).

São as mulheres que frequentaram cursos de preparação para o parto e parentalidade as que estão mais propensas a sofrer violência obstétrica, isto porque, este programa aborda as diferentes práticas (indicações, contra-indicações), direitos na gravidez, parto e puerpério o que implica que estejam mais informadas sobre o tema e consigam identificar mais facilmente as diferentes manifestações de violência obstétrica (Martínez-Galiano et al., 2021).

A depressão pós-parto tem, entre outros fatores de risco a vivência de violência obstétrica verbal e psico-afetiva. Os profissionais de saúde têm o principal papel na presença de violência obstétrica durante o parto. Portanto a implementação de medidas de consciencialização dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica e estratégias de saúde que eliminem todas as formas de violência obstétrica das instituições de saúde é fundamental no sentido de diminuir a incidência de depressão pós-parto. Já a perceção de apoio durante a gravidez, parto e puerpério é um evidente fator de proteção. (Martinez-Vázquez et al., 2022).

Numa sociedade em que está enraizada a violência de género, a responsabilidade dos profissionais, a sua conduta não deve ser apenas no sentido de evitar processos judiciais/na sua ordem profissional. Quando este profissional assiste a violência obstétrica e silencia, torna-se cúmplice nesta assistência ao parto precária. Assim sendo, a ação ou omissão do profissional que tenha como resultado dano ao cliente pode ser caracterizada como intencional, ou seja, com desejo e previsão de resultado danoso, caracterizando o dolo ou não, nos casos criminais. Em qualquer caso, o profissional responderá ética, civil e criminalmente pelos danos que sua conduta acarretar, tais como atos lesivos à vida, lesões corporais, agravos à vida e saúde, maus-tratos e abandono do deficiente (Marques et al., 2020).

Em comparação com o modelo médico, o cuidar da enfermeira obstetra trás inúmeros benefícios, como sejam a diminuição do uso indiscriminado da episiotomia, diminuição do recurso a anestesia epidural, diminuição do número de partos instrumentados ou de cesariana sem indicação formal; o que leva a um aumento da probabilidade da realização de um parto eutócico, do início precoce da amamentação/ aleitamento materno, consequentemente uma maior satisfação materna (Souza, Lucas, et al., 2020). O que vai de encontro a que a incidência de transtorno de stress pós-traumático foi negativamente associada às boas práticas clínicas

durante o parto, segundo as orientações emanadas pela OMS sobre o respeito e humanização da assistência ao parto. E, as mulheres que vivenciam este transtorno relatam reexperimentação do evento, sentimento de desconexão com o recém-nascido, pesadelos, ausência de realidade, irritabilidade, rejeição de nova maternidade, tocofobia (medo de gravidez e parto). Estes sintomas manifestam-se entre 4-6 semanas após o parto e podem permanecer meses a anos depois, influenciando a morbidade materna, o casal, ambiente familiar e o recém-nascido (menor taxa de início de amamentação). Esta relação pode ser uma forma de sensibilização dos profissionais de saúde que assistem a gravidez, parto e puerpério (Martinez-Vázquez et al., 2021)

No entanto, torna-se pertinente perceber quais as percepções dos enfermeiros obstetras sobre a violência obstétrica, nesse sentido, foi construído um instrumento de recolha de dados designada por PercOV-S (Mena-Tudela, Cervera-Gasch, et al., 2020)(Anexo 1) em 2020, com esse intuito. Profissionais que têm uma maior percepção terão condutas durante a prestação de cuidados mais humanizada.

A atividade formativa em alunos de enfermagem obstétrica que dá visibilidade ao tema da violência obstétrica e se foca na reflexão, ajuda a consciencializar, permitindo que a percebam e identifiquem, no entanto, a forma estrutural da violência obstétrica nas instituições de saúde leva a uma normalização, que se relaciona com a presença no parto, progressão da formação em estágio clínico e experiência obstétrica pessoal (gestações e parto) (Mena-Tudela, González-Chordá, et al., 2020).

A abordagem da OMS à violência obstétrica consiste em criar orientações/diretrizes para “estabelecer padrões de atendimento globais para mulheres grávidas saudáveis e reduzir intervenções médicas desnecessárias, nas quais recomenda que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram no trabalho de parto de uma mulher de forma a acelerá-lo, a menos que existam riscos reais de complicações” (Organização Mundial de Saúde, 2018). Portanto foca-se na recomendação de um parto humanizado, livre de violência.

## Parto humanizado

O parto humanizado, é caracterizado como um movimento intelectual, técnico e profissional, em que se unem várias áreas do saber, focando-se na qualidade do cuidado recebido pela mulher/casal/RN (Marques et al., 2020). Portanto, como o próprio nome indica é um parto

centrado na mulher/casal, livre de qualquer forma de violência, seguindo a melhor prática baseada na evidencia e com respeito pelos direitos humanos, mais especificamente os direitos da Mulher. Quando colocamos em foco e falamos em violência obstétrica, temos como objetivo que os cuidados à mulher, em qualquer contexto assistencial, sejam humanizados. E, efetivamente, nas ultimas quatro décadas, as recomendações e atualizações que concernem o trabalho de parto e parto, são de que se deve dar uma assistência menos intervencionista. No entanto, em muitos contextos o parto continua a ser interpretado como patológico, não fisiológico o que condiciona intervenções questionáveis no corpo feminino (Marques et al., 2020).

Esta humanização do parto é compreendida pelas enfermeiras como “conjunto de condutas, atitudes e posturas, ausentes de julgamentos e baseadas no diálogo, na empatia e no acolhimento da usuária e de seus familiares; o fornecimento de orientações e informações quanto às condutas a serem adotadas; a valorização da parturiente e a sua personificação enquanto sujeito de direitos e necessidades”... na perspectiva de quem usufrui desses cuidados “envolve, ainda, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos à saúde materno-infantil e o abandono de técnicas desnecessárias e invasivas, como a episiotomia, o enema, a tricotomia e os toques vaginais sucessivos; e a constante atualização profissional desenvolvida nas reuniões de equipe, ancorada em evidências científicas atuais e estimulada pelos gestores da instituição” (Possati et al., 2017, p. 5). Logo esta humanização respeita as escolhas, individualidades e singularidades de cada mulher, e as enfermeiras conhecem as políticas e recomendações, no entanto reconhecem que é um processo lento e com muitos desafios.

É de extrema importância empoderar a mulher/casal e o resgate do paradigma do parto natural e fisiológico. Focando o cuidado na mulher/casal, ou seja, tendo um modelo de tratamento holístico centrado na mulher/casal, em que se se faz necessário “...dar voz às parturientes, ouvir suas queixas, anseios, dúvidas e expectativas e, a partir disso, delinear as mudanças necessárias na cena do parto. Caso contrário, perpetuarão cenários caracterizados por uma estrutura física precária, onde atuam profissionais de saúde centrados nas técnicas e intervenções e orientados por normas e rotinas medicalizadoras, que desrespeitam os direitos das mulheres” (Possati et al., 2017, p. 5). Há consciência que esta distorção na assistência ao parto resulta de múltiplos fatores históricos, estruturais e fatores cíclicos que afetam diretamente a forma como a sociedade em geral e a área da saúde, em particular, enfrentam o sexo feminino (Marques et al., 2020).

## 2 Material e métodos

A violência obstétrica tem vindo a ganhar destaque desde 1985, altura em que OMS reconheceu a sua presença nas instituições de saúde. Atualmente, têm sido divulgados vários resultados de investigações quer nacionais, quer europeus, que revelam que em Portugal, ainda há muitas mulheres que sofrem violência obstétrica (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2020; Lazzarini et al., 2022). Neste sentido e, dado que a maioria dos trabalhos de parto e partos decorrem ao cuidado dos enfermeiros obstetras, torna-se pertinente identificar se os mesmos têm perceção sobre a violência obstétrica, no sentido de a reconhecer quando a exercem ou presenciam.

No estabelecimento de uma estratégia para dar resposta à questão de investigação “**Qual a perceção dos enfermeiros obstetras sobre a violência obstétrica?**”, foram definidos os procedimentos metodológicos.

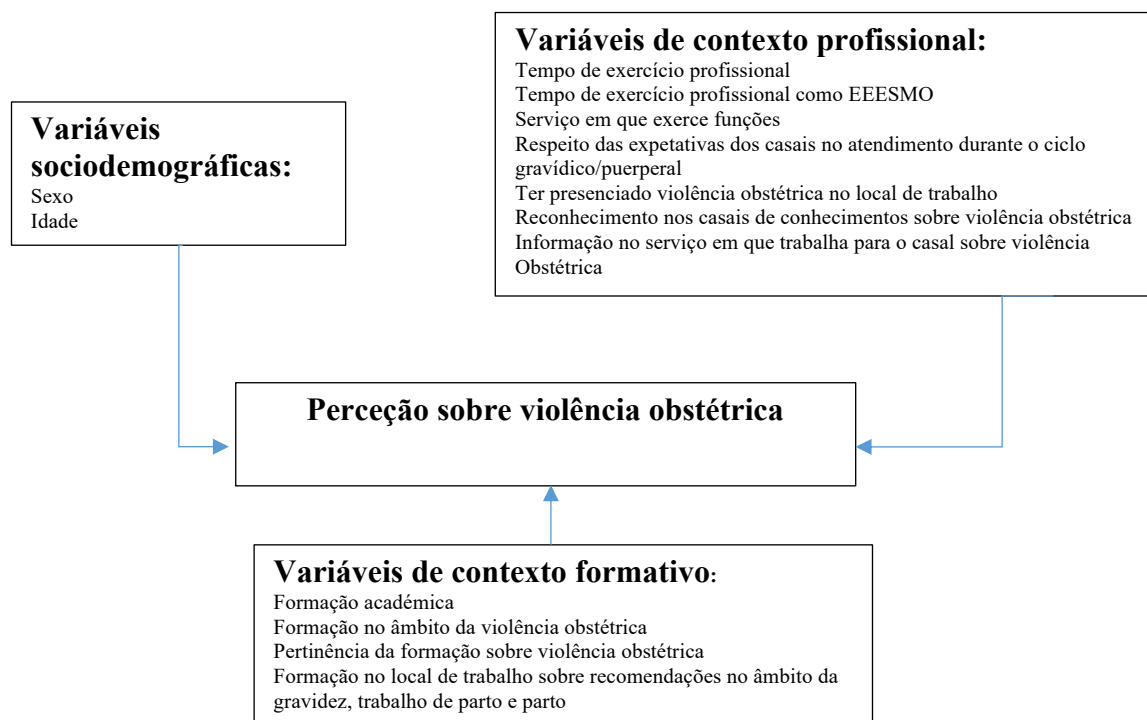
Assim, neste capítulo iremos descrever os objetivos, o tipo de investigação, a amostra, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos éticos/formais, o tratamento estatístico, discussão dos resultados e respetivas conclusões.

O estudo tem como objetivos traduzir e validar, para português, a escala PercOV-S (Mena-Tudela, Cervera-Gasch, et al., 2020); identificar a perceção dos Enfermeiros Obstetras relativa à violência obstétrica e analisar a relação entre a perceção dos Enfermeiros Obstetras sobre violência obstétrica e as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional.

Para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos delineados, atendendo ao enquadramento teórico e às variáveis sociodemográficas, formativas e profissionais em estudo e a sua provável influência na perceção sobre violência obstétrica, apresentamos na figura 1 o quadro conceptual de investigação, o qual pretende demonstrar a relação entre as referidas variáveis e a perceção sobre violência obstétrica.

Desenvolvemos, para o efeito um estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional, analítico, de foco retrospectivo. Como se usa a quantificação na recolha de dados e no tratamento das informações, estamos perante um método quantitativo. Este recorre-se de técnicas estatísticas (estatística analítica e inferencial), pela necessidade de se garantir a precisão dos resultados, evitar erros de análise e interpretação. É um estudo transversal, quanto ao período

de seguimento, tendo em conta que simultaneamente decorre a causa e o efeito, captando a realidade num único momento numa amostra, não há assim período de seguimento dos participantes. Como se pretende avaliar as correlações entre variáveis, considera-se um estudo descritivo e correlacional.



**Figura 1: Esquema conceptual da investigação**

## 2.1 Participantes:

Participaram neste estudo 172 enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO), a exercer a sua atividade profissional, como EEESMO, em todas as áreas assistenciais do ciclo gravídico-puerperal. A amostra é do tipo não probabilístico em bola de neve (*snowball sampling*). A amostragem de bola de neve também designada por autogerada é um tipo de amostragem usado quando os participantes em potencial são difíceis de encontrar ou quando a amostra é limitada a um subgrupo muito restrito da população., Os participantes neste tipo de pesquisa recrutam outros participantes podendo usar dois procedimentos distintos gerando assim dois tipos de amostra por bola de neve: a **amostra linear** em que cada participante deve recomendar outro de forma a que a amostra cresça num ritmo linear e a **amostra exponencial** em que cada sujeito convida dois ou mais sujeitos a participar na amostra. Recorremos a uma amostra linear tendo para o efeito laçado mãos de informantes-chaves,

designados como *sementes*, pertencentes à rede de amigos e conhecidos do investigador principal. Em seguida, solicitou-se que as pessoas indicadas pelas sementes indicassem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal. A recolha de dados foi processada através de um questionário, disponibilizado na plataforma *Google forms*, no período compreendido entre 1 de maio e 31 de agosto de 2021 (Apêndice VII).

### 2.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Trata-se de uma amostra maioritariamente do sexo feminino (N=163; 95%), com idades que oscilam entre os 28 e os 63 anos de idade e com média de 42.10 anos de idade ( $\pm 11.98$  anos). A representação do sexo masculino é de apenas 5% (N=9), com idade mínima de 26 anos de idade e idade máxima de 61 anos, média de 40.22 anos de idade ( $\pm 11.98$ ). Tendo em consideração os coeficientes de variação, verifica-se existir uma dispersão moderada. Quanto à assimetria e curtose, verifica-se uma curva platicúrtica, para a totalidade de amostra e enviesada à esquerda para o sexo feminino como se pode consultar na tabela 2.

**Tabela 2: Estatística da idade em função do sexo**

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro
Feminino	163	28	63	42.10	8.49	20.19	3.221	-1.46
Masculino	9	26	61	40.22	11.98	29.8	0.776	-0.305
<b>Total</b>	<b>172</b>	<b>26</b>	<b>63</b>	<b>42</b>	<b>8.678</b>	<b>20.66</b>	<b>1.557</b>	<b>-3.097</b>

Pela tabela 3, verifica-se uma prevalência de participantes do **sexo** feminino, que representam 94.8% da amostra enquanto no sexo masculino o percentual é de 5.2%, no entanto, após se estabelecerem os **grupos etários** verificou-se homogeneidade tanto no sexo masculino (5.8%-4.7%) como feminino (94.2% - 95.3%) nos dois grupos etários. Entre os grupos não se encontraram diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=0.117$ ;  $p=0.25$ ).

**Tabela 3: Caracterização sociodemográfica em função da idade**

Idade	≤ 40 anos		≥ 41 anos		Total		Residuais Ajustados		p	X <sup>2</sup>
	N (86)	% (50%)	N (86)	% (50%)	N (172)	% (100%)	1	2		
<b>Sexo</b>										
Feminino	81	94.2%	82	95.3%	163	94.8%	-0.3	0.3	1.0	0.00*
Masculino	5	5.8%	4	4.7%	9	5.2%	0.3	-0.3		

\*Utilizada a correção de continuidade em tabela de 2x2 porque é esperado em 2 células (50%) contar menos de 5, sendo a contagem mínima esperada 4.5. Só poderia ser usado o X<sup>2</sup> se em vez de 50% das células se esperasse em menos de 20%.

## 2.2 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados comporta duas secções totalmente distintas. A primeira permite fazer uma caracterização sociodemográfica, profissional e formativa e a segunda respeita à utilização da escala PercOV-S.

### 2.2.1 Caracterização sociodemográfica, profissional e formativa

A caracterização sociodemográfica, profissional e formativa é efetuada através da resposta a 18 questões, das quais 4 condicionais (em caso de ter respondido de certa forma na anterior). Para a caracterização da amostra foram elaboradas duas questões (sexo e idade). A caracterização profissional compreende a resposta a 7 questões: tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional como EEESMO, serviço em que exerce funções, respeito das expectativas dos casais no atendimento durante o ciclo gravídico/puerperal, ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho, conhecimento dos casais sobre violência obstétrica e informação disponível no serviço sobre violência Obstétrica. Por último para a caracterização formativa foram elaboradas 4 questões: formação académica, formação no âmbito da violência obstétrica, pertinência da formação sobre violência obstétrica e formação em serviço no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto dos participantes envolvidos.

### 2.2.2 Escala PercOV-S (perceção sobre violência obstétrica)

A escala PercOV-S foi inicialmente desenvolvida em Espanha em 2020, por Desirée Mena-Tudela, Agueda Cervera-Gasch, María José Alemany-Anchel, Laura Andreu-Pejó e Victor Manuel González-Chordá. Consiste em 33 itens que medem a perceção dos alunos de medicina e enfermagem obstétrica em relação à violência obstétrica, todos os itens escritos positivamente, usando uma escala de Likert ascendente de 5 níveis (1: sem violência obstétrica; 5: uma quantidade considerável de violência obstétrica) em que pontuações mais altas revelam uma perceção aumentada da violência obstétrica. A consistência interna do questionário foi determinada com o Alfa de Cronbach e, para estudar a validade de construto, a viabilidade da análise fatorial exploratória foi confirmada com o teste de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = 0,918$ ) e o teste de esfericidade de Bartlett ( $X^2 = 3767,745$ ,  $p \leq 0,001$ ). A escala, composta por 2 domínios: domínio 1 violência obstétrica invisível e não protocolada que compreende 8 itens e domínio 2 de violência obstétrica visível e protocolada, constituída por 25 itens, sendo a

confiabilidade geral do questionário de  $\alpha = 0,936$  e a dos seus domínios muito boa (domínio 1,  $\alpha = 0,802$ ; domínio 2,  $\alpha = 0,952$ ). A análise fatorial explicou 54,47% da variância nos 2 domínios. (Mena-Tudela, Cervera-Gasch, et al., 2020).

Foi pedida e autorizada pelos autores originais a utilização desta escala (anexo 2). Após autorização, e uma vez que a escala não se encontrava traduzida nem validada para a português, foi realizado esse processo de acordo com as normas.

Segundo Costa, R., Cardinot, T. & Oliveira, L. (2020), para realizar a tradução e adaptação cultural de instrumentos, como escalas, devem seguir-se algumas instruções que incluem cinco passos, a designar: tradução, síntese, retrotradução, revisão pelo comite e pré-teste. Os domínios da confiabilidade e validade são os mais recorrentes na avaliação da manutenção das características originais dos instrumentos. Enquanto o domínio da confiabilidade revela as propriedades psicométricas da consistência interna, da confiabilidade (teste-reteste, interavaliador e intra-avaliador) e do erro de medida, o da validade revela as propriedades psicométricas da validade de construção, da validade de conteúdo e da validade de critério.

O *Consensus-based Standards for the selection of health Measurement Instruments* (COSMIN) (Costa et al., 2020), refere que a qualidade de um instrumento pode ser avaliada pelos três domínios: confiabilidade, validade e responsividade. Sendo os mais usados a confiabilidade e validade. Na confiabilidade, estas propriedades psicométricas podem ser medidas utilizando diferentes conjuntos de itens do mesmo instrumento de medida (consistência interna) estabelecendo a correlação entre os itens de um instrumento de avaliação, medida pela estimativa do grau de inter-relação entre os itens, sendo que, se os itens configuram numa escala com a mesma pontuação total, estes devem de estar consideravelmente correlacionados.

Na validade pretende-se verificar se o instrumento final mantém as características da versão original e, principalmente se mensura o constructo em questão. Aqui há três propriedades psicométricas:

- **validade de constructo (validade de conceito)**, que revela a consistência entre as pontuações do instrumento e as hipóteses delineadas. É realizada com foco nas relações internas esperadas, relacionando com resultados de outros instrumentos ou diferenças nos resultados já esperadas entre grupos relevantes. Esta validade, seja convergente ou divergente, é verificada pelo coeficiente de correlação de Pearson. Não se deve expressar sob a simples forma de um coeficiente de correlação, devendo acompanhar o processo de construção de um instrumento. Sendo a metodologia usada para a validade

de conceito ou constructo diversificada, deve integrar três abordagens distintas, a lógica, a empírica e a estatística (Coutinho, 2014)

- **validade de conteúdo (validade lógica)**, que avalia em que medida o conteúdo de um instrumento de medida é o reflexo adequado do constructo em estudo. Tem um carácter subjetivo, portanto não é possível definir um padrão de validade de conteúdo aceitável.
- **validade de critério**, para “os pesquisadores que desenvolveram o COSMIN, a validade de critério é determinada pelo grau em que os scores de um instrumento se mostram como um reflexo adequado de um instrumento classificado como ‘padrão ouro’. Desse modo, a validade de critério somente poderá ser avaliada quando o critério utilizado for considerado razoavelmente um ‘padrão ouro’. Porém, paradoxalmente, esses mesmos pesquisadores chegaram a um consenso de que não existe um instrumento de avaliação em saúde classificado como ‘padrão ouro’ (Costa et al., 2020), inclui a validade concorrente e a preditiva.

Portanto, a validade refere-se à qualidade dos resultados de investigação, de forma a poder aceitá-los como factos inquestionáveis. A fiabilidade assegura que os dados foram obtidos independentemente do instrumento, investigador ou contexto. Assim sendo a validade complementa a fiabilidade indicando o alcance de medida do instrumento e se reflete a realidade em estudo, reflete assim o grau de confiança ou exatidão a ter na informação obtida.

Como forma de expressar a fiabilidade (fidelidade) de um instrumento, como já foi referido, temos a estabilidade temporal e a consistência interna/homogeneidade dos itens. A estabilidade temporal, que também pode ser referida como fiabilidade teste-reteste, refere-se à averiguação da estabilidade do instrumento no tempo, ou seja, se o resultado do instrumento utilizado é idêntico quando aplicado em dois momentos diferentes (Costa et al., 2020).

Como se aplica num único momento este instrumento, a consistência interna ou homogeneidade dos itens, é a única medida que se pode obter. Referindo-se, a mesma, ao grau de uniformidade e coerência entre as respostas dos participantes a cada item que compõe o instrumento. Para se obter, o coeficiente a calcular deve ter sempre a média das correlações entre todos os itens ou partes e o número de itens ou partes (Costa et al., 2020).

No que se reporta ao presente estudo, a consistência interna ou homogeneidade dos itens foi realizada segundo os seguintes passos:

1. Elaborada a tradução da versão original da escala em inglês para português por 3 tradutores peritos: tradutor A (professor de inglês do ensino secundário, português,

bilingue), tradutor B (português, bilingue, com conhecimentos na área em estudo) e tradutor C (português, bilingue, com conhecimentos na área em estudo). As 3 versões da escala foram muito semelhantes. A retroversão da escala foi realizada por 3 tradutores peritos.

2. Determinação do poder discriminativo, obtido pelo coeficiente de correlação de Pearson das várias questões com a nota global, pretendendo determinar o grau com que o item diferencia no mesmo sentido do teste global. Tendo em consideração que um item é tão mais discriminativo quanto maior for a discrepância proporcionada entre dois grupos, dos valores mais baixos aos mais altos da escala.
3. Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, sendo este o indicador mais recomendado para a consistência interna de instrumentos do tipo escala de Likert.

Na teoria, os valores de fidelidade podem assumir valores entre 0 e 1. E, não havendo regras rígidas, o ideal será ter o coeficiente o mais elevado possível. Considera-se que a consistência interna igual ou superior a 0.8 é muito boa, sendo aceitáveis valores acima de 0,60. Segundo Costa (2020) se inferior a 0.7 a confiabilidade é baixa, estando os itens razoavelmente correlacionados; 0,8 - 0,9 - confiabilidade moderada a elevada;  $\geq 0,9$  - confiabilidade elevada.

Realizou-se, nesta escala, análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando o *software* AMOS 22 (*Analysis of Moment Structures*). Nesse estudo foi considerada a matriz de covariâncias e adotado o algoritmo da máxima verossimilhança MLE (*Maximum-Likelihood Estimation*) para estimação dos parâmetros. Teve-se em consideração na análise do modelo fatorial (Marôco, 2014) os seguintes indicadores de qualidade de ajustamento global:

**Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) de ajustamento** – verifica a probabilidade do modelo se ajustar aos dados. Um valor do  $\chi^2$  que se demonstre estatisticamente significativo revela discrepâncias entre os dados e o modelo teórico em teste. Sofre influência do tamanho da amostra e assume a multinormalidade do conjunto de variáveis. Quanto maior o *qui quadrado* pior o ajustamento.

**Razão** entre *qui quadrado* e graus de liberdade ( $\chi^2/gf$ ) – esta relação serve para avaliar a qualidade do modelo por si. O ajustamento é perfeito se ( $\chi^2/gf$ ) for igual a 1, bom se inferior a 2, aceitável se inferior a 5 e não é aceitável se valor superior a 5.

**Índice de Qualidade do Ajuste (GFI - Goodness-of-Fit Index)** e **Índice de Qualidade do Ajuste Ajustado (AGFI - Adjusted Goodness-of-Fit Index)** – calculado em função dos graus de liberdade do modelo, relacionados ao número de variáveis consideradas. Recomendam-se valores do GFI e AGFI superiores ou próximos a 0,95 e 0,90, respetivamente. Estes valores

não se influenciam pelo tamanho da amostra.

**CFI** (*Comparative Fit Index*) – é um índice comparativo, de ajuste ao modelo. Se valores próximos de 1 revela um melhor ajuste, sendo 0,90 a referência para aceitar o modelo.

**Raíz quadrada média do erro de aproximação (RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation)** – recomendam-se valores próximos a 0,06 e 0,08, (Hu & Bentler, 1999) com intervalo de confiança de 90% (*IC90%*), quanto à interpretação, valores altos indicam um modelo não ajustado.

**Root mean square residual (RMR)**, RMR=0 indicar ajustamento perfeito e, quanto menor RMR, melhor o ajustamento.

**Standardized root mean square residual (SRMR)** – medida absoluta de ajuste, define-se como a diferença padrão entre a correlação observada e a correlação prevista. Com valor zero a indicar um ajuste perfeito e, valores inferiores a 0,08 a serem considerados como um bom ajuste.

Quanto à qualidade do ajustamento local do modelo, foi realizada pelos pesos fatoriais ( $\lambda$ ) e pela fiabilidade individual dos itens ( $r^2$ ). Avaliou-se ainda a fiabilidade compósita (FC) e a variância extraída média (VEM) para cada fator. Sendo os valores de referência para as cargas fatoriais de 0,50 e da fiabilidade individual 0,25:

A fiabilidade compósita tem como meta estimar a consistência interna dos itens relativos ao fator e indica o grau em que estes itens são de forma consistente manifestações do fator. Geralmente, considera-se que uma  $FC \geq 0,70$  indica uma fiabilidade de constructo apropriada, no entanto, em investigações exploratórias podem ser aceitáveis valores inferiores.

Com a variância extraída média (VEM) podemos avaliar a validade convergente que acontece quando os itens que refletem um fator saturam fortemente nesse fator, isto é, quando o comportamento desses itens se explica por esse fator (Marôco, 2014). Como indicadores de validade convergente adequada, consideram-se como referência valores de  $VEM \geq 0,50$ .

A escala PercOV-S (Mena-Tudela, et al., 2020), foi então validada português no presente estudo, ficando a versão final com 22 itens com resposta tipo *likert*, de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) (Apêndice VIII). É uma escala unifactorial. Estes itens foram formulados de forma positiva e englobam formas visíveis e não visíveis de violência obstétrica de acordo com a literatura existente.

Inicia-se o estudo psicométrico da escala apresentando na tabela 4 as estatísticas (médias e desvios padrão) os coeficientes de correlação item total da escala e os valores de alfa de Cronbach sem o respectivo item das primeiras e segundas avaliações esta resultante da eliminação do item com valor correlacional inferior a 0.20. No que respeita às estatísticas anota-se pelos índices médios, a sua centralidade porquanto se situam acima da média esperada (média esperada = 2.50) para a quase totalidade dos itens, sendo exceção os itens 1, 7 e 31. Os coeficientes de correlação obtidos com nota global da escala indicam na primeira avaliação um valor mínimo de 0.164 no item 1 e um máximo de 0.817 no item 16: Na segunda avaliação já com o item 7 eliminado por ter apresentado uma correlação de 0.164, os índices mínimos e máximos foram de 0.430 e 0.864 nos itens 1 e 17 respetivamente. Quanto aos coeficientes alfa de Cronbach se o item for retirado verificamos que apresentam valores acima de 0.950 em ambas as avaliações o que geralmente não é desejado, já que é indicativo que os itens podem ser redundantes

**Tabela 4: Estatísticas e correlação de Pearson entre os itens e valor global da PercOV-S**

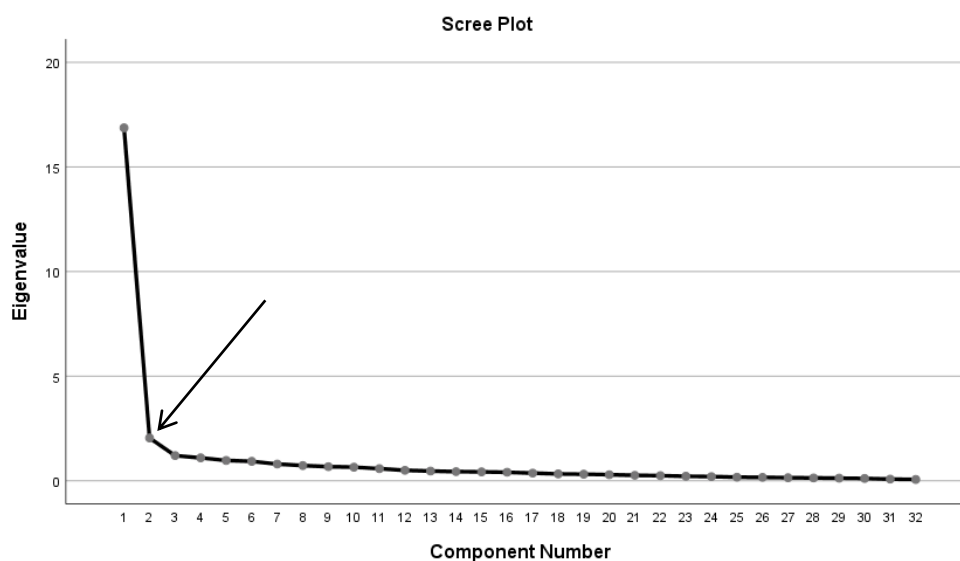
		Média	Desvio Padrão	1ª avaliação			2ª avaliação		
				r item total	R <sup>2</sup>	α S/ item	r item total	R <sup>2</sup>	α S/ item
1.	Colocar acesso intravenoso	1.63	1.037	.439	.496	.967	.430	.477	.968
2.	Dirigir a posição da mulher	2.72	1.326	.583	.592	.966	.580	.592	.967
3.	Acelerar o processo de parto artificialmente	3.18	1.367	.588	.571	.966	.586	.570	.967
4.	Administrar de enemas de rotina	3.70	1.368	.734	.820	.965	.735	.819	.966
5.	Executar tricotomia genital de rotina	3.74	1.417	.739	.809	.965	.742	.805	.966
6.	Reforçar a posição de litotomia (ou seja, posição em que a paciente esta deitada de costas com as pernas apoiadas nos estribos de uma mesa cirúrgica ou cadeira)	3.59	1.283	.718	.717	.965	.717	.717	.967
7.	Permitir o acompanhamento durante o segundo estágio do trabalho de parto	1.35	.946	.164	.414	.968			
8.	Cortar imediatamente o cordão umbilical	3.02	1.393	.625	.592	.966	.620	.589	.967
9.	Realizar amniotomia de rotina (ou seja, ruptura artificial de membranas)	3.77	1.295	.792	.793	.965	.792	.793	.966
10.	Imobilizar a mulher	4.34	1.104	.762	.811	.965	.768	.810	.966
11.	Realizar exame pélvico sem consentimento	4.45	.963	.729	.773	.965	.734	.773	.967
12.	Não questionar nível da dor	3.85	1.236	.629	.659	.966	.631	.651	.967
13.	Incentivar o uso de analgesia epidural	2.79	1.229	.598	.547	.966	.592	.540	.967
14.	Não preservar a privacidade	4.27	1.071	.772	.819	.965	.779	.811	.966
15.	Convencer a mulher a submeter-se a uma cesariana para terminar o trabalho de parto rápido e sem dor	4.29	1.107	.776	.810	.965	.780	.810	.966
16.	Não considerar a decisão da mulher	4.40	1.057	.817	.875	.965	.821	.873	.966
17.	Tirar fotos sem permissão	4.42	1.037	.805	.865	.965	.811	.865	.966
18.	Realizar episiotomia por rotina (ou seja, incisão no períneo de uma mulher em trabalho de parto)	4.29	1.085	.757	.745	.965	.760	.745	.966
19.	Dizer: “Você não sabe puxar”	4.17	1.124	.793	.748	.965	.797	.746	.966
20.	Executar a manobra de Kristeller (ou seja, pressão do fundo uterino no 2º estágio do trabalho de parto)	4.23	1.126	.757	.724	.965	.758	.723	.966
21.	Realizar episiotomia sem anestesia	3.97	1.209	.646	.655	.966	.647	.654	.967
22.	Proibir comer e beber	3.70	1.219	.792	.728	.965	.794	.717	.966
23.	Não fornecer cobertores/aquecimento durante o parto	3.83	1.229	.728	.713	.965	.729	.712	.966
24.	Dizer “Pare de reclamar; isto não é assim tão mau”	4.40	1.137	.797	.868	.965	.802	.867	.966
25.	Não deixar a mulher gritar	4.34	1.033	.745	.748	.965	.749	.748	.966
26.	Realizar uma cesariana devido a uma dilatação lenta	3.97	1.147	.681	.649	.965	.682	.648	.967
27.	Realizar uma cesariana de emergência sem consentimento	2.98	1.469	.455	.400	.967	.448	.391	.969
28.	Não permitir acompanhamento em caso de parto instrumentado ou cesariana	3.66	1.294	.731	.678	.965	.731	.678	.966
29.	Suturar uma laceração sem anestesia	4.23	1.155	.565	.606	.966	.568	.605	.967
30.	Separar a mãe do recém-nascido	4.15	1.153	.789	.759	.965	.790	.758	.966
31.	Permitir o contacto pele a pele após o exame pediátrico	1.93	1.309	.324	.464	.968	.310	.360	.969
32.	Levar o bebê para o berçário	3.88	1.341	.738	.697	.965	.738	.696	.966
33.	Dar leite adaptado sem o consentimento da mãe	4.24	1.217	.763	.733	.965	.763	.733	.966
	<b>Alfa global</b>				<b>0.966</b>		<b>0.968</b>		

Prosseguimos com os estudos de validade efetuando a análise fatorial exploratória. Observamos o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO= 0.942), e o teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2= 4736.238$ ;  $p = 0.000$ ) que evidenciaram a adequabilidade da amostra e consequentemente

a continuação da análise fatorial exploratória. Analisada a correlação anti imagem verificou-se que os valores correlacionais oscilam entre 0.836 no item pe 31 e 0.970 no item pe 22 dando assim relevância para a manutenção de todos os itens.

Emergiram quatro fatores que explicavam no seu total 66.03% da variância total. Todavia dado que um dos fatores era apenas constituído por dois itens, forçou-se esta estrutura primeiramente a três fatores e depois a 2 fatores, o que estaria em consonância com o ponto de inflexão da curva do gráfico de declive a seguir apresentado (cf. figura 2), Este último modelo apresentava uma percentagem de variância explicada de 59.11% sendo que no fator 1 a percentagem de variância explicada era de 39.73% e no fator 2 de 19.38% após rotação, com valores próprios “eigenvalues” superiores a 1. Ocorre, entretanto, que após uma leitura cuidada aos itens correspondentes a cada fator não foi possível conceptualizar o fator inerente de acordo com o valor semântico dos itens, pelo que se optou por utilizar uma escala unifactorial. Esta estrutura explica 52.72% da variabilidade ficando constituída por 31 itens

**Figura 2: Gráfico de declive da escala de PercOv**



Esta estrutura unifactorial foi, entretanto, submetida a uma Análise Fatorial Confirmatória, com recurso aos modelos de equações estruturais.

Em todos os itens a amplitude oscilou entre um e cinco. Conforme resultado dos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku) na sua forma univariada os itens apresentam distribuição normal. Efetivamente os índices de assimetria situam-se entre 0.055 no item 1 e 1.798 no item 24 em valores absolutos e os da curtose entre 0.212 no item 19 e 2.291 no item 17 revelando o

coeficiente multivariado de Mardia um valor de 6.466 ligeiramente acima do valor de referencia (cf. tabela 5).

**Tabela 5: Valores mínimos, máximos, de assimetria (sk) e curtose (Ku) e respectivos rácios críticos dos itens remanescentes submetidos a análise fatorial confirmatória**

Variable	min	max	sk	c.r.	kurtosis	c.r.
pe8	1.000	5.000	-.055	-.292	-1.187	-3.177
pe13	1.000	5.000	.101	.539	-.816	-2.183
pe6	1.000	5.000	-.557	-2.984	-.763	-2.042
pe2	1.000	5.000	.250	1.339	-1.044	-2.796
pe3	1.000	5.000	-.176	-.944	-1.149	-3.076
pe4	1.000	5.000	-.692	-3.706	-.783	-2.097
pe5	1.000	5.000	-.744	-3.981	-.822	-2.200
pe28	1.000	5.000	-.654	-3.500	-.639	-1.710
pe9	1.000	5.000	-.697	-3.729	-.718	-1.922
pe32	1.000	5.000	-.881	-4.715	-.543	-1.453
pe22	1.000	5.000	-.513	-2.747	-.837	-2.239
pe29	1.000	5.000	-1.409	-7.543	.958	2.565
pe20	1.000	5.000	-1.379	-7.382	.865	2.315
pe26	1.000	5.000	-.760	-4.069	-.560	-1.500
pe21	1.000	5.000	-.870	-4.657	-.399	-1.067
pe12	1.000	5.000	-.821	-4.396	-.356	-.954
pe23	1.000	5.000	-.701	-3.753	-.652	-1.746
pe33	1.000	5.000	-1.440	-7.709	.857	2.294
pe30	1.000	5.000	-1.204	-6.445	.437	1.170
pe18	1.000	5.000	-1.421	-7.610	1.039	2.780
pe19	1.000	5.000	-1.128	-6.037	.212	.568
pe25	1.000	5.000	-1.443	-7.727	1.077	2.884
pe11	1.000	5.000	-1.704	-9.123	1.954	5.231
pe10	1.000	5.000	-1.584	-8.481	1.457	3.900
pe15	1.000	5.000	-1.449	-7.757	1.006	2.694
pe14	1.000	5.000	-1.477	-7.906	1.301	3.484
pe16	1.000	5.000	-1.734	-9.283	2.024	5.419
pe24	1.000	5.000	-1.798	-9.629	2.043	5.469
pe17	1.000	5.000	-1.786	-9.563	2.291	6.133
Multivariado					296.343	45.828

A tabela 6 apresenta as estimativas e os rácios críticos das trajetórias dos itens para o fator, verificando-se que todos os pesos de regressão ( $\lambda$ ) são significativos ( $p < 0,001$ ) e superiores a ( $\lambda \geq 0,50$ ), mostrando a relevância do fator para predizer os itens. A fiabilidade individual é também adequada ( $r^2 \geq 0,25$ ).

**Tabela 6: Estimativas, raios críticos e coeficientes lambda**

Trajetórias			Estimativas	Erro standarizado	C.R. Rácio crítico	P	$\lambda$
pe25	<-- -	F1	.894	.068	13.153	***	.781
pe19	<-- -	F1	1.031	.071	14.625	***	.828
pe18	<-- -	F1	.936	.072	13.072	***	.779
pe30	<-- -	F1	1.021	.075	13.692	***	.799
pe33	<-- -	F1	1.039	.081	12.848	***	.770
pe23	<-- -	F1	1.004	.084	11.972	***	.737
pe12	<-- -	F1	.913	.088	10.327	***	.667
pe21	<-- -	F1	.892	.087	10.266	***	.666
pe26	<-- -	F1	.879	.081	10.867	***	.692
pe20	<-- -	F1	.948	.075	12.562	***	.760
pe4	<-- -	F1	1.106	.094	11.758	***	.730
pe17	<-- -	F1	1.000				.871
pe24	<-- -	F1	1.074	.069	15.485	***	.853
pe5	<-- -	F1	1.156	.097	11.925	***	.737
pe28	<-- -	F1	1.037	.089	11.588	***	.723
pe9	<-- -	F1	1.120	.086	13.081	***	.781
pe32	<-- -	F1	1.094	.092	11.928	***	.736
pe22	<-- -	F1	1.050	.081	12.994	***	.777
pe29	<-- -	F1	.749	.087	8.614	***	.585
pe16	<-- -	F1	1.027	.062	16.455	***	.877
pe14	<-- -	F1	.986	.067	14.801	***	.831
pe15	<-- -	F1	1.012	.069	14.634	***	.826
pe10	<-- -	F1	.995	.070	14.172	***	.814
pe11	<-- -	F1	.831	.063	13.123	***	.779
pe3	<-- -	F1	.820	.105	7.788	***	.541
pe2	<-- -	F1	.792	.102	7.753	***	.539
pe6	<-- -	F1	.983	.091	10.826	***	.691
pe13	<-- -	F1	.764	.094	8.142	***	.561
pe8	<-- -	F1	.913	.105	8.712	***	.591

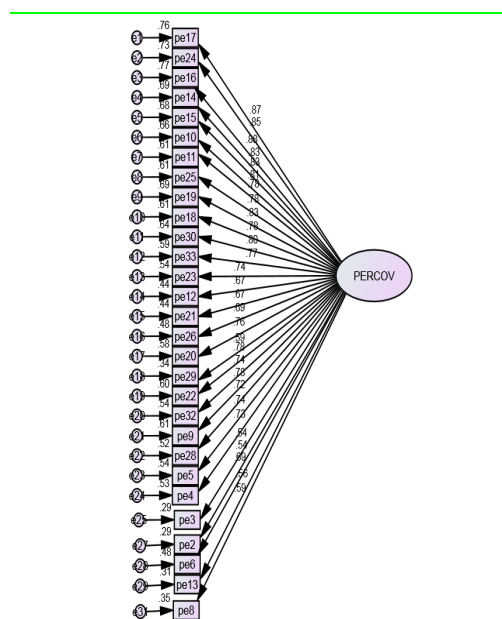
As figuras 3 e 4 representam os outputs gráficos do modelo em análise, respetivamente o modelo inicial, e o modelo final reespecificado. No modelo inicial confirma-se que todos os itens apresentam uma saturação superior a 0.50 com o fator o que leva à manutenção de todos os itens.

A qualidade do modelo dada pelos índices de bondade de ajustamento global é boa apenas para a razão do qui quadrado ( $\chi^2/df=3.393$ ) e para o (SRMR= 0.061) e sofrível para os restantes índices de bondade de ajustamento global.

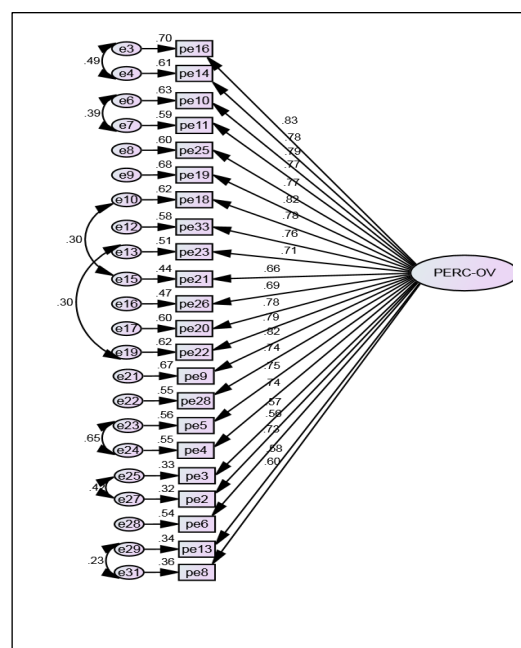
A reespecificação do modelo foi realizada com base nos índices de modificação propostos pelo AMOS tendo-se incluído as trajetórias entre os resíduos dos erros e eliminado itens que apresentavam problemas de multicolinearidade. Desta forma, obteve-se uma melhoria na qualidade de ajustamento global,

O modelo final regista que a estrutura unifactorial ficou constituído por 22 itens.

**Figura 3: Modelo inicial**



**Figura 4: Modelo final reespecificado**



A tabela 7 sintetiza os índices de bondade de ajustamento global dos dois momentos. Verifica-se que as modificações introduzidas no modelo inicial provocaram aumento da qualidade do modelo, com a exceção para o GFI que se mantém ligeiramente abaixo do valor de referência.

No que respeita à fiabilidade compósita é revelado um bom índice de consistência interna (FC= 0.962) e de igual modo o modelo revela um bom índice de validade convergente (VEM= 0.529).

**Tabela 7: Índices de bondade de ajustamento global do modelo inicial e final**

Modelos	X <sup>2</sup> /gl	GFI	CFI	RMR	RMSEA	SRMR
Inicial	3.383	0.638	0.796	0.095	0.118	0.061
Final	2.150	0.816	0.920	0.073	0.082	0.048

### 2.2.3 Critérios de operacionalização das variáveis independentes

De forma a diminuir as divergências na interpretação, é necessário realizar a operacionalização tanto conceptual como empírica das variáveis, tornando-as mensuráveis e com significado preciso.

Relativamente às variáveis sociodemográficas para a variável **idade** formaram-se dois grupos etários: inferior ou igual a 40 anos de idade e superior ou igual a 41 anos de idade com base na mediana, no sentido de haver uma uniformização da amostra e, no que concerne à variável **sexo**, considerou-se sexo feminino e sexo masculino.

Quanto às variáveis profissionais foram operacionalizadas como apresentado na tabela 8.

A operacionalização do variável **tempo de exercício profissional** foi realizada no sentido de haver uma homogeneização da amostra e, a maioria dos profissionais realiza o CPLEESMO alguns anos após exercer a profissão, sendo estes enfermeiros, EESMOS, a amostra em estudo. No que se refere há variável **tempo de exercício profissional como EESMO**, após 5 anos de exercício profissional passa-se a considerar o enfermeiro perito nessa área, daí fazer sentido estabelecer estes grupos temporais que também manifestam uma melhor distribuição da amostra.

No que se refere à variável **serviço em que exerce funções**, dado que na maioria dos participantes se verificou que quando a trabalhar em contexto hospitalar realizavam rotação pelos serviços de ginecologia, obstetrícia, sala de partos e consulta externa; não era possível remetê-los a apenas um serviço, nesse sentido operacionalizou-se o contexto de cuidados,

**Tabela 8: Critérios de operacionalização das variáveis de contexto profissional**

Variáveis	Operacionalização
Tempo de exercício profissional	≤15 anos 16-20 anos ≥ 21 anos
Tempo de exercício profissional como EEESMO	≤ 5 anos 6-10 anos ≥ 11 anos
Serviço em que exerce funções	Cuidados de saúde primários Hospitalar Outros
Respeito pelas expectativas dos casais no atendimento durante o ciclo gravídico/puerperal	Sim Não
Ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho	Sim Não
Conhecimento dos casais sobre violência obstétrica	Sim Não
Informação disponível no serviço sobre violência Obstétrica	Sim Não

Foram ainda operacionalizadas as variáveis de contexto formativo (cf. tabela 9)

**Tabela 9: Critérios de operacionalização das variáveis de contexto formativo**

Variáveis	Operacionalização
Formação académica	Licenciatura Mestrado/doutoramento
Formação no âmbito da violência obstétrica	Sim Não
Pertinência da formação sobre violência obstétrica	Sim Não
Formação em serviço no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto	Sim Não

#### 2.2.4 Critérios de operacionalização da variável dependente

Para avaliar quais as perceções dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica, foi utilizada a escala PercOV-S (anexo 1).

A PercOV-S, é uma escala ordinal tipo *Likert*, de 1 a 5, constituída por 22 itens. Com formato de resposta tipo *likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). Foram realizados grupos extremos de corte, tendo por base os percentis 25 e 75, nesse sentido, são classificadas com uma elevada perceção todos os enfermeiros obstetras que obtiveram uma pontuação  $\geq 98$  pontos, moderada perceção os que obtiveram  $\geq 76$  e  $\leq 97$  pontos ou baixa perceção  $\leq 75$ .

### 2.3 Considerações éticas e legais

Para a realização deste estudo foi pedido parecer ético à Comissão de ética do IPV, esta foi autorizada (cf. anexo 2 e 3). Neste sentido, todos os procedimentos éticos subjacentes foram rigorosamente cumpridos, sendo que toda a informação recolhida, foi guardada e tratada de forma confidencial e anónima, não tendo sido revelados quaisquer dados que possibilitassem a

identificação dos participantes.

O estudo deu cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade de todos os dados facultados pelas/os participantes, em todas as fases do processo. Este estudo seguiu, adicionalmente, as recomendações da Declaração de Helsínquia para a investigação científica.

## 2.4 Análise dos dados

A análise de dados foi realizada com recurso à estatística descritiva e à estatística analítica/inferencial. Com a estatística descritiva determinaram-se as frequências absolutas (N) e percentuais (%), algumas das medidas de tendência central, caso da média (M) e medidas de dispersão, nomeadamente a amplitude de variação (máximo e mínimo), coeficiente de variação (CV%) e desvio padrão (DP), e ainda as medidas de forma, como a assimetria (SK/erro) e achatamento (K/erro). Para a análise inferencial, recorreu-se ao uso dos testes paramétricos e não paramétricos tais como:

- Teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ ) para verificar se dois ou mais grupos independentes diferem relativamente a uma certa característica e se é idêntica a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável categorizada. Quando não foi possível aplicar o teste Qui-quadrado, utilizou-se a simulação de Monte Carlo para 10.000 amostras, com um nível de confiança de 95%. Em associação foram utilizados os resíduos ajustados, estes indicam as células que diferem entre si. Aquando da interpretação, as células com valores superiores a 2 são consideradas valores positivos. Porém estes resíduos ajustados só se podem ler quando o registo de casos em linha ou coluna for superior a 8;
- Teste t de student ou teste de U Mann Whitney, quando se pretende comparar médias de uma variável quantitativa em dois grupos de participantes;
- Análise de variância a um fator (ANOVA) ou Teste de Kruskall Wallis, é uma extensão do teste t de student, utilizado para comparar três ou mais grupos de amostras. Por norma recorre-se aos testes post-hoc, no sentido de diferenciar as médias entre si.

Quando se pretende prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente -Y) com uma ou mais variáveis relevantes (variáveis independentes - X) todas de natureza rácio ou intervalar, bem como conhecer a sua margem de erro, utilizamos o

modelo estatístico designado de Regressão linear . Assim consegue-se perceber quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente. Havendo apenas uma variável dependente e uma independente, recorre-se à regressão linear simples. No entanto, quando se tem uma variável dependente que se quer comparar a mais do que uma variável independente, recorre-se à regressão linear múltipla univariada. Neste modelo estatístico, a correlação que avalia o grau de associação entre duas variáveis permite prever a variável dependente (Y), ou seja, se essa correlação entre X e Y for baixa, aumenta a percentagem de erro da previsão, enquanto, se a correlação for elevada, a previsão é melhor.

Este tipo de teste gera correlações de *Pearson* e, quanto aos valores de  $r$  podemos interpretar:

- $r < 0.2$  associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$  associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  associação muito alta

Os resultados são apresentados em tabelas, onde se expõem os dados mais relevantes. O tratamento estatístico foi efetuado com recurso ao programa SPSS® 26.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) para Windows®.

Na estatística analítica, os níveis de significância usados foram:

- $p \geq 0.05$  não significativo
- $p < 0.05$  significativo
- $p < 0.01$  bastante significativo
- $p < 0.001$  altamente significativo

Tendo por base estas considerações, damos continuidade no próximo ponto à apresentação e análise dos resultados.

### 3 Resultados

Tendo em consideração a questão de investigação e os objetivos delineados, neste capítulo irão apresentar-se os resultados obtidos. Inicia-se com a análise descritiva onde se pretende demonstrar as principais tendências de dados e descrever o seu comportamento seguindo-se a análise inferencial que tem em vista identificar as variáveis que influenciam a percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica

#### 3.1 Análise descritiva

Com esta análise descritiva, pretende-se demonstrar as principais tendências de dados e descrever o seu comportamento.

##### 3.1.1 Caracterização das variáveis do contexto profissional

Inicia-se a caracterização do contexto profissional da amostra em estudo com o tempo de exercício profissional. Pela tabela 10 podemos verificar que o grupo mais representativo é o de enfermeiros obstetras com menos de 15 anos de exercício profissional (N=75, 43.6%), sendo que 73 destes profissionais têm idade inferior ou igual a 40 anos. Com 16 a 20 anos de tempo de exercício profissional encontramos 16.9% da amostra (N=29) e para profissionais com mais de 21 anos de tempo de exercício profissional o percentual é de 39.5% (N=68) todos com idade superior a 41 anos. O teste de qui quadrado apresenta significância estatística ( $X^2$  de 135.52;  $p=0.000$ ) entre o tempo de exercício profissional e a idade localizando-se entre os profissionais com menos tempo de exercício profissional e os mais jovens e os profissionais com mais de 21 anos de exercício profissional e os mais velhos. (cf. tabela 10).

**O tempo de exercício profissional como enfermeiro(a) especialista em saúde materna e obstétrica**, apresenta percentagens relevantes em profissionais com 5 ou menos anos (N=60, 69.8%) e com menos de 40 anos de idade e em profissionais com mais de 11 anos de tempo de exercício profissional e com mais de 41 anos de idade (N=62, 72.1%). Entre grupos as diferenças são significativas ( $X^2=84.19$ ;  $p=0.000$ ) (cf. tabela 10).

No que se refere ao **serviço em que os profissionais exercem funções**, predominam os que

exercem funções na área hospitalar com 84.9% (N=146) da amostra, distribuída de forma homogênea entre os dois grupos etários definidos. Como as diferenças encontradas não são significativas ( $X^2$  2.71, ;  $p=0.384$ )

Na maioria das situações os profissionais **respeitam as expectativas dos casais no atendimento no ciclo gravídico/puerperal** (N=155, 90.1%), não se encontrando diferenças significativas entre esta variável e a idade ( $p=0.443$ ,  $X^2=0.587$ ). Dos dezassete profissionais que referem não ir de encontro às expectativas dos casais, seis referem que se deve aos protocolos institucionais, quatro à falta de recurso humanos, um com a barreira linguística e os restantes por outras questões relacionadas com o local de trabalho (cf. tabela 10).

Com uma percentagem significativa, 82.0% dos profissionais refere ter **presenciado violência obstétrica no local de trabalho**, no entanto não apresenta diferença significativa entre esta variável e a idade dos profissionais ( $p=0.843$ ,  $X^2=0.039$ ) (cf. tabela 10).

Pode-se ainda verificar que o **reconhecimento nos casais sobre o conhecimento de violência obstétrica** é baixo, sendo que 63.4% (N= 109) dos profissionais considera que os casais não detêm conhecimento sobre este tema. Esta variável não apresenta diferenças significativas em relação com a idade ( $X^2=0.025$ ;  $p= 0.874$ ) (cf. tabela 10).

Por último quanto à variável **informação disponível no serviço sobre violência**, aferimos que 85.5% dos profissionais refere que no seu serviço não há esta informação disponível. Com significância estatística ( $X^2$  de 5.663;  $p = 0.017$ ) podemos assumir que há diferenças estatísticas significativas entre esta variável e a idade (cf. tabela 10).

**Tabela 10: Caracterização das variáveis profissionais em função da idade**

Idade	≤ 40 anos		≥ 41 anos		Total		Residuais Ajustados		p	X <sup>2</sup>
	N (86)	% (50%)	N (86)	% (50%)	N (172)	% (100%)	1	2		
<b>Tempo de exercício profissional</b>										
≤ 15 anos	73	84.9	2	2.3	75	43.6	10.9	-10.9	<b>0.000</b>	<b>135.52</b>
16-20 anos	13	15.1	16	18.6	29	16.9	-0.6	0.6		
≥ 21 anos	0	0	68	79.1	68	39.5	-10.6	10.6		
<b>Tempo de exercício profissional como EEESMO</b>										
≤ 5 anos	60	69.8	11	12.8	71	41.3	7.6	-7.6	<b>0.000</b>	<b>84.19</b>
6-10 anos	21	24.4	13	15.1	34	19.8	1.5	-1.5		
≥ 11 anos	5	5.8	62	72.1	67	39.0	-8.9	8.9		
<b>Serviço em que exerce funções</b>										
Cuidados de saúde primários	8	9.3	15	17.4	23	13.4	-1.6	1.6	0.384	2.710
Hospitalar	76	88.4	70	81.4	146	84.9	1.3	-1.3		
Outros	2	2.3	1	1.2	3	1.7	0.6	-0.6		
<b>Respeito das expectativas dos casais no atendimento durante o ciclo gravídico/puerperal</b>										
Sim	76	88.4	79	91.9	155	90.1	-0.8	0.8	0.443	0.587
Não	10	11.6	7	8.1	17	9.9	0.8	-0.8		
<b>Ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho</b>										
Sim	71	82.6	70	81.4	141	82	0.2	-0.2	0.843	0.039
Não	15	17.4	16	18.6	31	18	-0.2	0.2		
<b>Reconhecimento nos casais de conhecimentos sobre violência obstétrica</b>										
Sim	32	37.2	31	36	63	36.6	0.2	-0.2	0.874	0.025
Não	54	62.8	55	64	109	63.4	-0.2	0.2		
<b>Informação disponível no serviço sobre violência Obstétrica</b>										
Sim	7	8.1	18	20.9	25	14.5	-2.4	2.4	<b>0.017</b>	<b>5.663</b>
Não	79	91.9	68	79.1	147	85.5	2.4	-2.4		

### 3.1.2 Caracterização das variáveis do contexto formativo

Quanto à **formação acadêmica**, podemos verificar que a maioria da amostra possui a licenciatura (57.6%), sendo que 42.4% são detentores do mestrado/doutoramento, que é mais relevante no grupo etário com 40 anos ou menos (27.9%). São encontradas diferenças significativas entre a formação acadêmica e a idade ( $X^2= 12.59$ ;  $p= 0.000$ ) (cf. tabela 11).

Uma percentagem significativa da amostra refere não ter **formação no âmbito da violência obstétrica** (77.9%) e dos 22.1% que fizeram este tipo de formação, a maioria tem idade acima dos 41 anos (25.6%). Com um valor de  $\chi^2=1.21$  e  $p=0.270$  podemos assumir que não há diferenças estatísticas entre a idade e a formação no âmbito da violência obstétrica. (cf. tabela 11).

Analisando esta variável de forma mais aprofundada, constata-se ainda que dos profissionais que realizaram formação, 52.6% tiveram 1 a 5 horas de formação, 21.1% 6 a 10 horas de formação e os restantes mais de 10 horas de formação. Verificou-se ainda que 94.3% da amostra realizou esta formação a partir de 2017

Há reconhecimento por 93.6% dos profissionais sobre a **pertinência da formação em violência obstétrica**, no entanto não se encontraram significâncias estatísticas entre esta variável e a idade ( $\chi^2=0.874$ ;  $p=0.350$ ) (cf. tabela 11).

Quanto há existência de **formação no local de trabalho sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto**, apuramos que 72.7% (N= 125) dos profissionais refere existir no seu local de trabalho. Entre os grupos são encontradas diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2= 44.948$ ;  $p=0.026$ ) (cf. tabela 11).

**Tabela 11: Caracterização das variáveis formativas em função da idade**

Idade	≤ 40 anos		≥41 anos		Total		Residuais Ajustados		p	X <sup>2</sup>
	N (86)	% (50%)	N (86)	% (50%)	N (172)	% (100%)	1	2		
<b>Formação académica</b>										
Licenciatura	38	44.2	61	70.9	99	57.6	-3.5	3.5	<b>0.000</b>	<b>12.59</b>
Mestrado/doutoramento	48	55.8	25	29.1	73	42.4	3.5	-3.5		
<b>Formação no âmbito da violência obstétrica</b>									0.270	1.21
Sim	16	18.6	22	25.6	38	22.1	-1.1	1.1		
Não	70	81.4	64	74.4	134	77.9	1.1	-1.1		
<b>Pertinência da formação sobre violência obstétrica</b>									0.350	0.874
Sim	82	95.3	79	91.9	161	93.6	0.9	-0.9		
Não	4	4.7	7	8.1	11	6.4	-0.9	0.9		
<b>Formação no local de trabalho sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto</b>									<b>0.026</b>	<b>44.948</b>
Sim	56	65.1	69	80.2	125	72.7	-2.2	2.2		
Não	30	34.9	17	19.8	47	27.3	2.2	-2.2		

### 3.1.3 Caracterização da percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica – PercOV-S

Apresentamos seguidamente as estatísticas sobre a percepção dos enfermeiros obstetras acerca da violência obstétrica. Para uma amplitude previsível de 22 a 110, a média encontrada foi de 84,36 e desvio padrão de 19.79, variando de um mínimo de 22 e um máximo de 110. O coeficiente de variação é de 23.46% o que representa uma dispersão moderada e os valores de assimetria e curtose, curvas normocurticas, mas enviesadas à direita (cf. tabela 12).

**Tabela 12: Estatísticas relativas à percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica**

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	SK/erro	K/erro
Violência obstétrica	172	22	110	84.36	19.79	23.46	-5.71	1.09

Com base nos percentis 25 e 75 foram estabelecidos grupos de corte que permitiu categorizar a variável estabelecendo-se três grupos: baixa percepção todos os que apresentavam scores abaixo do percentil 25, moderada com scores entre os percentis 25 e 75 e percepção elevada com scores acima do percentil 75. De acordo com os critérios estabelecidos observamos que pondera a percepção moderada sobre violência obstétrica em 47.7% dos inquiridos e com distribuição idêntica para ambos os grupos etários. Não foi encontrada diferença significativa dos níveis de percepção em função da idade,  $X^2=3.713$ ;  $p=0.156$ ), o que se confirma pela distribuição dos valores residuais.

**Tabela 13: Níveis de percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica em função da idade**

Percepção	Idade		≤ 40 anos		≥41 anos		Total		Residuais Ajustados		p	X <sup>2</sup>
	N (86)	% (50 %)	N (86)	% (50%)	N (172)	% (100%)	1	2				
Baixa	17	19.8	27	31.4	44	25.6	-1.7	1.7	0.156	3.713		
Moderada	42	48.8	40	46.5	82	47.7	0.3	-0.3				
Elevada	27	31.4	19	22.1	46	26.7	1.4	-1.4				

## 3.2 Análise inferencial

### 3.2.1 Que variáveis sociodemográficas influenciam a percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica?

O terceiro objetivo desta investigação procurava determinar quais as variáveis sociodemográficas que influenciam a percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica.

Em relação ao sexo, aferimos que os enfermeiros obstetras do sexo feminino revelam maior percepção relativa à violência obstétrica, no entanto, não apresenta significância estatística ( $p=0.273$ ) inferindo-se assim que **o sexo não influencia a percepção sobre violência obstétrica.**

Por outro lado, no que concerne à idade apuramos que os profissionais com idade inferior ou igual a 40 anos de idade apresentam ordenações médias superiores relativas à violência obstétrica, sendo que entre os grupos as diferenças encontradas são estatísticas significativas ( $p=0.008$ ). Podemos assim inferir que **a idade influencia a percepção sobre violência obstétrica (cf. tabela 14)**

**Tabela 14 - Relação entre as variáveis sociodemográficas e a violência obstétrica**

Variáveis	Violência obstétrica	P	Teste
<b>Sexo</b>	Ordenação média		
Feminino	87.48	0.273	U Mann-Whitney
Masculino	68.78		
<b>Idade</b>			
≤ 40 anos de idade	<b>M=88.34</b> ; DP=17.44	<b>0.008</b>	Teste T-Student
≥ 41 anos de idade	M=80.38; DP=21.25		

### 3.2.2 Que variáveis de contexto profissional influenciam a percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica?

O terceiro objetivo tinha também em vista saber que variáveis de contexto profissional influenciavam a percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica. No que respeita ao tempo de exercício profissional não foram encontradas evidências estatísticas na percepção da violência obstétrica ( $p>0.05$ ), portanto, **o tempo de exercício profissional não influencia a percepção sobre violência obstétrica**, embora se denote pelos resultados apresentados na tabela

15 que os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional detenham uma maior percepção sobre violência obstétrica, e os mais velhos em oposição possuem menor percepção.

Da mesma forma, no que respeita ao tempo de exercício profissional como EEESMO observamos a inexistência de significância estatística na percepção da violência obstétrica, apresentando  $p > 0.05$ , o que leva a inferir que o ***tempo de exercício profissional como EEESMO não influencia a percepção sobre violência obstétrica***. Também aqui, se verifica que os enfermeiros com menor tempo de exercício profissional como especialista detêm uma maior percepção sobre violência obstétrica, e os mais velhos uma menor percepção.

Os enfermeiros que exercem a sua atividade em cuidados de saúde primários manifestam uma maior percepção sobre violência obstétrica que os congêneres da área hospitalar, mas as diferenças não são estatisticamente significativas, pelo que se infere que o ***serviço onde exerce funções não influencia a percepção sobre violência obstétrica***.

No atendimento que fazem a casais durante o ciclo gravídico/puerperal, são os enfermeiros obstetras que não respeitam as expectativas que apresentam uma maior percepção sobre violência obstétrica com diferenças significativas para os enfermeiros que respeita essas expectativas ( $p = 0.014$ ) o que leva a inferir, que há relação entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 15).

A assunção de ter presenciado violência obstétrica no seu local de trabalho manifesta uma influência mais elevada relativa à percepção sobre a violência obstétrica e, com  $p < 0.05$  podemos afirmar diferenças estatísticas relevantes o que leva a aceitar a relação prevista e considerar assim que o ***ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho influencia a percepção sobre violência obstétrica*** (cf. Tabela 15).

O reconhecimento pelos profissionais, de conhecimentos sobre violência obstétrica nos casais, ***não influencia a percepção sobre violência obstétrica*** (cf. Tabela 15).

A disponibilidade de informação no serviço sobre violência obstétrica, apresenta uma probabilidade sem significado estatístico na variável dependente. levando assim a inferir que ***informação disponível no serviço sobre violência obstétrica não influencia a percepção sobre violência obstétrica*** (cf. Tabela 15).

**Tabela 15: Resultados dos testes ANOVA, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para a relação entre as variáveis profissionais e a violência obstétrica**

Variáveis	PercOV-S	P	Teste
<b>Tempo de exercício profissional</b>	Ordenação média		
≤15 anos	95.45	0.076	Kruskal-Wallis
16-20 anos	86.72		
≥ 21 anos	76.53		
<b>Tempo de exercício profissional como EESMO</b>			
≤ 5 anos	M= 86.69; DP=18.43	0.198	ANOVA
6-10 anos	M=86.20; DP=18.62		
≥ 11 anos	M=80.97; DP=21.48		
<b>Serviço em que exerce funções</b>	Ordenação média		
Cuidados de saúde primários	101.33	0.085	U Mann-Whitney
Hospitalar	82.43		
<b>Respeito das expectativas dos casais no atendimento durante o ciclo gravídico/puerperal</b>	Ordenação média		
Sim	83.41	<b>0.014</b>	U Mann-Whitney
Não	<b>114.65</b>		
<b>Ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho</b>	Ordenação média		
Sim	<b>90.31</b>	<b>0.032</b>	U Mann-Whitney
Não	69.18		
<b>Reconhecer nos casais conhecimento sobre violência obstétrica</b>	Ordenação média		
Sim	85.64	0.864	U Mann-Whitney
Não	87		
<b>Informação disponível no serviço sobre violência Obstétrica</b>	Ordenação média		
Sim	85.92	0.950	U Mann-Whitney
Não	86.60		

### 3.2.3 Que variáveis de contexto formativo influenciam a percepção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica?

Entre os enfermeiros obstetras que possuem licenciatura e os detentores de mestrado/doutoramento há uma proximidade de ordenação média e por tal motivo, apura-se a inexistência de diferenças estatísticas significativas o que leva a inferir que a **formação acadêmica não influencia a percepção sobre violência obstétrica** (cf. Tabela 16).

Por outro lado, encontramos uma maior percepção sobre violência obstétrica nos enfermeiros obstetras que realizaram formação no âmbito da violência obstétrica com diferenças estatísticas significativas face aos que não realizaram formação. Daí inferir-se que a **formação no âmbito da violência obstétrica influencia a percepção sobre violência obstétrica** (cf. Tabela 16).

Os profissionais que reconhecem a pertinência da formação sobre violência obstétrica, têm uma

maior percepção sobre a mesma. Com diferenças estatísticas significativas, podemos afirmar que *a pertinência da formação sobre violência obstétrica influencia a percepção sobre violência obstétrica* (cf. Tabela 16).

Há uma proximidade de valores médios entre os profissionais que têm formação no local de trabalho sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto e os outros. Não havendo diferenças estatísticas significativas, podemos afirmar que *a formação no local de trabalho sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto não influencia a percepção sobre violência obstétrica* (cf. Tabela 16).

**Tabela 16: Resultados dos testes U de Mann-Whitney e Test T de Student a relacionar as variáveis formativas e a PercOV-S**

Variáveis	PercOV-S	P	Teste
Formação acadêmica Licenciatura Mestrado/doutoramento	M=82.96; DP=19.57 M=86.26; DP=20.06	0.284	Teste T Student
Formação no âmbito da violência obstétrica Sim Não	Ordenação média <b>101.57</b> 82.23	<b>0.035</b>	U Mann-Whitney
Pertinência da formação sobre violência obstétrica Sim Não	Ordenação média <b>89.68</b> 39.91	<b>0.001</b>	U Mann-Whitney
Formação no local de trabalho sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto Sim Não	M=83.50; DP=19.01 M=86.65; DP=21.77	0.353	Teste T-Student

## 4 Discussão

Neste tópico realiza-se a discussão metodológica e de resultados tendo em consideração a questão de investigação e respetivos objetivos.

### 4.1 - Discussão metodológica

Como em qualquer estudo de investigação há sempre a preocupação de desenvolver um trabalho com metodologia rigorosa, daí que a metodologia aplicada se assumiu como a mais adequada tornando possível a realização deste estudo. Assim sendo, todos os procedimentos estão de acordo com os objetivos definidos e em consonância com a amostra de 172 EEESMOs, sendo o instrumento de recolha de dados um questionário a que cada EEESMO respondeu, sendo essa a principal limitação metodológica, dado que o tema é controverso e os resultados dependem da sinceridade das respostas, e há a possibilidade de as respostas podem não ter sido verídicas e enviesadas pela necessidade de seguir condutas socialmente desejáveis, influenciando os resultados finais do estudo. Na tentativa de se contornar essa limitação, este questionário foi disponibilizado online de forma anónima e foi utilizada uma escala que neste contexto foi traduzida e validada para a português, recorrendo a estudos de fiabilidade (consistência interna) para determinar a sua validade interna e assim os instrumentos de recolha de dados mostraram-se adequados ao estudo, tendo em consideração a questão de investigação e objetivos delineados.

O facto de se ter uma amostra não probabilística por conveniência pode também provocar enviesamento de resultados, revelando-se uma limitação metodológica, no entanto o tamanho da amostra é satisfatória e traduz resultados fiáveis. Embora, dado que não é representativa, pode condicionar a generalização dos resultados a outra população de EEESMOs, portanto carece de confirmação com outros estudos realizados na mesma área, se possível com amostras maiores e representativas da população em estudo. Por ser um estudo empírico, com corte transversal, descritivo e correlacional permitiu descrever a perceção dos enfermeiros obstetras sobre a violência obstétrica e identificar a relação entre as variáveis independentes (sociodemográficas, profissionais e formativas) e a variável dependente (perceção sobre violência obstétrica) Nesse pressuposto tornou-se exequível avaliar a eficácia preditiva das

variáveis em estudo sobre a percepção sobre violência obstétrica dos enfermeiros obstetras.

Sendo este um estudo transversal, pode apresentar vantagens e desvantagens, e embora traga vantagens ser um estudo breve e de menor complexidade metodológica, tem como desvantagens centrar-se naquele momento da recolha de dados, ou seja, na percepção retrospectiva dos participantes, não existindo um seguimento desta problemática em estudo.

Ainda que se reconheçam estas limitações, consideram-se adequadas ao tipo de estudo desenvolvido todas as opções metodológicas, sendo que o mesmo permitiu conhecer de forma concreta a percepção de violência obstétrica dos enfermeiros obstetras, tendo em consideração as variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas.

## 4.2 - Discussão dos resultados

A variável em estudo é a percepção sobre violência obstétrica, portanto, para se perceber melhor e discutir a sua variação de acordo com as variáveis independentes, procedeu-se previamente ao seu enquadramento, aqui percecionamos o estado da arte relativamente ao tema.

O conceito de violência percecionado como a forma dos profissionais de saúde se apropriarem do corpo da mulher e do seu processo reprodutivo e que se manifesta pelo abuso de medicalização, tratamento desumanizado e patologização dos processos naturais, pode ajudar a identificar e a abordar as condutas que prejudicam, colocam a vida em risco e enfraquecem o poder de decisão das mulheres em contexto de assistência em saúde materna, isto numa perspectiva de Saúde pública, ética e dos direitos humanos (Sadler et al., 2017).

Com princípio nestas considerações teóricas, que se consideram pertinentes, vão-se discutir, de seguida os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

A amostra deste estudo é constituída por 172 EEESMOs, com uma idade média de 42 anos ( $\pm$  8.67 anos), distribuindo-se de forma equitativa com 50% idade até 40 anos e os restantes 50% com idades acima dos 41 anos de idade. Prevalcem na amostra os participantes do sexo feminino com 94.8% contra os 5,2% do sexo masculino. A Ordem dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2021), publicou um documento, a estatística dos enfermeiros, na qual se divulgam os dados relativos aos enfermeiros a 31 de dezembro de 2020 (sendo os últimos dados conhecidos até à presente data). Nele se pode verificar que, nesta altura havia 80379 inscritos na ordem dos enfermeiros, dos quais 66209 do sexo feminino. Dos enfermeiros inscritos 3130 têm título de EEESMOs, sendo 2987 do sexo feminino e 143 do sexo masculino.

Analisando o tempo de exercício profissional como enfermeiro, a maioria dos participantes exerce a profissão há menos de 15 anos (43,6%), e 69.8% exerce funções como EEESMO há 5 anos ou menos. O meio hospitalar é onde exercem funções mais participantes neste estudo, com 84.9%. Sendo também este valor corroborado pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2021), com 38415 enfermeiros a trabalhar em hospital/centro hospitalar.

Quanto à formação académica, indo de encontro à informação dispensada pela Ordem dos Enfermeiros, e que a maioria dos enfermeiros tem a licenciatura, neste estudo 57.6% tem a licenciatura, no entanto, no grupo etário com idade igual ou inferior a 40 anos 55.8% tem o grau de mestre ou doutor.

Quando se analisam as questões relacionadas com violência obstétrica, muito embora não haja dados relativamente à realidade portuguesa disponíveis, no entanto, e dado que é um tema contemporâneo internacional, verifica-se que há pouca formação nesta área sendo manifestada essa necessidade pelos profissionais de saúde (Leal et al., 2018; Oliveira & Penna, 2017; Rominski et al., 2017) e neste estudo 93.6% dos profissionais reconhece a pertinência de haver formação sobre violência obstétrica, no entanto, verifica-se que 77.9% dos EEESMOs não tem formação sobre este tema.

Embora 72.7% afirme haver formação em serviço sobre as recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto, sendo essa uma das sugestões para promover o parto humanizado, eliminando as más práticas (Zacher Dixon, 2015). Há ainda o reconhecimento por 82% dos profissionais de ter presenciado violência obstétrica no seu local de trabalho o que vai de encontro ao que foi mencionado por Diaz-Tello (2017).

Na questão referente aos profissionais irem de encontro às expectativas dos casais na prestação de cuidados, 90.1% refere respeitar essas expectativas, no entanto os que referem não o fazer referem dever-se a dificuldades na comunicação ou questões institucionais (recursos humanos, protocolos desatualizados, entre outros).

Apenas 36.6% dos profissionais reconhecem conhecimentos sobre violência obstétrica aos casais o que, segundo Dixon (2015), revela uma consulta pré-natal com fortes lacunas no ensino em saúde.

#### Perceção sobre violência obstétrica

Quanto aos dados relativos à perceção sobre violência obstétrica, os índices médios são de 84.36

( $\pm 19.79$ ), com valor mínimo de 22 e máximo de 110, esta disparidade de resultados pode resultar da falta de formação sobre o tema nas instituições, sendo apenas realizada por interesse individual dos profissionais neste tema. E, dado que a FIGO (2015) refere que há necessidade de proteger as mães e os bebés de intervenções desnecessárias, de quaisquer práticas e procedimentos que não estejam baseados em evidências, bem como de práticas que não respeitam a cultura, dignidade e integridade cultural, este intervalo de valores é preocupante. Há, no entanto, um valor médio que está dentro do intervalo de percepção moderada, o que pode ser melhorado, efetivamente, mas por si revela que já começa a haver a preocupação com este tema pelos enfermeiros obstetras.

No que se refere à segunda questão de investigação, que previa estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção sobre violência obstétrica. Nesse sentido foram realizados testes paramétricos e não paramétricos, no sentido de perceber quais as variáveis independentes que influenciam a percepção sobre a violência obstétrica.

#### Relação entre as variáveis sociodemográficas e a percepção sobre violência obstétrica

Com recurso aos testes U de Mann-Whitney e Test T de Student, fez-se a correlação entre as variáveis independentes e dependente: a variável sexo, com  $p > 0.05$ , demonstrou não influenciar a percepção sobre violência obstétrica, no entanto, a idade com  $p < 0.01$  demonstrou influenciar a variável dependente. Os profissionais com mais de 40 anos de idade manifestam ter menor percepção sobre violência obstétricas, ou seja, existe uma maior percentagem neste grupo etário que apresenta uma baixa percepção sobre violência obstétrica, sendo a percentagem mais significativa a de profissionais com moderada percepção sobre violência obstétrica. Esses dados vão de acordo com o estudo realizado por Mena-Tudelaa (2020) em que se demonstra que por ser um modo de violência estrutural, acaba por se normalizar, integrando a cultura institucional. Baixando a percepção com o aumento da experiência.

#### Relação entre as variáveis profissionais e a percepção sobre violência obstétrica

Para correlacionar as variáveis profissionais e a variável dependente recorreu-se aos testes ANOVA, U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, sendo que as variáveis: tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional como EEESMO, serviço em que exerce funções, reconhecimento nos casais de conhecimentos sobre violência obstétrica e informação disponível no serviço sobre violência Obstétrica, com  $p > 0.05$ , considerou-se que não

influenciam a percepção sobre violência obstétrica. No entanto, as variáveis: respeito das expectativas dos casais no atendimento durante o ciclo gravídico/puerperal, com  $p=0.014$  e ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho, com  $p<0.05$  levam a afirmar que influenciam a percepção sobre violência obstétrica. Contrariamente aos dados encontrados na literatura (Mena-Tudela, González-Chordá, et al., 2020), a experiência profissional como EEESMO não mostrou influenciar a percepção sobre violência obstétrica. Enquanto a variável “respeito das expectativas dos casais no atendimento durante o ciclo gravídico/puerperal” se revelou como podendo influenciar os níveis de percepção sobre violência obstétrica. Este facto vai de encontro as diretrizes da Organização Mundial de Saúde sobre o parto humanizado e está integrado na definição de parto humanizado (Organização Mundial de Saúde, 2014; Possati et al., 2017) nas quais a assistência ao parto deve ser baseada no respeito, humanização da assistência e empoderamento da mulher de modo a poderem vivenciar de forma positiva o parto, cumprindo as suas expectativas e crenças e se deve focar o cuidado na mulher/casal, tendo um modelo de tratamento holístico centrado na mulher/casal, em que se dá a voz às parturientes, ouvindo-a, criando empatia, indo de encontro às suas expectativas. Temos no entanto de ter em consideração que há condicionantes institucionais que limitam a ação dos profissionais, e, por vezes a pressão sobre o pessoal da saúde é enorme e leva-os a abandonar o seu trabalho e por vezes a profissão (Beck e Gable *in* Mena-Tudela, González-Chordá, et al., 2020)

A variável “ter presenciado violência obstétrica no local de trabalho”, por si só já revela que para reconhecer esse facto tem de se ter percepção sobre violência obstétrica e, Sadler et al (2018) já mencionava que havia um elevado número de profissionais que já reconheciam ter presenciado violência obstétrica, sendo os enfermeiros obstetras e as doulas que tinham os números mais significativos.

#### Relação entre as variáveis formativas e a percepção sobre violência obstétrica

Correlacionaram-se as variáveis formativas com a variável dependente com uso dos testes U de Mann-Whitney e Test T de Student, sendo que as variáveis: formação académica e formação no local de trabalho sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto apresentaram  $p>0.05$ , deste modo não influenciam a variável dependente. No entanto, há uma maior percepção sobre violência obstétrica dos profissionais que realizaram formação e dos que reconhecem a pertinência da formação sobre violência obstétrica ( $p<0.05$ ). Mena-Tudela et al (2020) revelaram um aumento significativo da percepção sobre violência obstétrica em alunos de enfermagem obstétrica após terem formação sobre este tema. O reconhecimento da

pertinência da formação sobre violência obstétrica revela que os profissionais já reconhecem o termo, têm sido expostos ao tema, no entanto consideram não ter a formação necessária sobre o assunto. Já em outros estudos se verificou que os profissionais consideravam necessária a formação sobre a violência obstétrica (Leal et al., 2018; Oliveira & Penna, 2017; Rominski et al., 2017).

Há necessidade das políticas de saúde se voltarem para o cuidado humanizado e respeitador, baseando-se sempre na melhor evidência científica. Deste modo, os enfermeiros obstetras devem-se voltar para a prática baseada na evidência, desligando-se da hierarquia do modelo biomédico tradicional que subordina o corpo e sexualidade da mulher, focando-se na técnica e desconectando-se da ligação humana. É através da educação que há promoção do respeito, que se informa e consciencializa os profissionais. Associando-se a criação de políticas, guias, protocolos e educação pode-se erradicar as manifestações de violência obstétrica (Diaz-Tello, 2017; Mena-Tudela, González-Chordá, et al., 2020)



## Conclusão

Em momento de conclusão importa realizar uma reflexão final sobre o processo desta investigação, focando-se nos resultados alcançados mais pertinentes e implicações dos mesmos na prática.

Com este estudo consegue-se identificar o nível de percepção sobre violência obstétrica pelos enfermeiros obstetras e identificar as variáveis sociodemográficas, profissionais e formativas que interferem na percepção sobre violência obstétrica.

Recorreu-se, para este estudo, a uma amostra não probabilística por conveniência de 172 EEESMOs, sendo o perfil extraído de uma amostra majoritariamente feminina (95%), com uma idade média de 42 anos ( $\pm 8.67$ anos).

Após realizar a análise dos dados e se ter procedido à sua discussão, destaca-se que o grau de percepção sobre violência obstétrica mais prevalente nos enfermeiros obstetras é “moderada percepção” com 47.7% e os profissionais com idade inferior ou igual a 40 anos de idade, que referem não ir de encontro as expectativas dos casais no ciclo gravídico-puerperal, que assumem ter presenciado violência obstétrica no seu local de trabalho, que realizaram formação no âmbito da violência obstétrica e que reconhecem a pertinência da formação sobre violência obstétrica têm maior percepção sobre violência obstétrica.

Realizou-se regressão linear múltipla univariada e regressão logística, que apresentaram  $p > 0.05$ , logo não se conseguiram identificar variáveis preditoras, no entanto verificou-se que há efetivamente variáveis que influenciam a percepção sobre violência obstétrica.

Estando o estudo concluído e dando foco aos aspetos mais relevantes, verificou-se que das variáveis independentes, apenas uma variável profissional e duas formativas se associaram com a percepção sobre violência obstétrica nos enfermeiros obstetras estudados.

Em linha com a bibliografia referenciada ao longo do estudo, podemos afirmar que o cuidado humanizado é o paradigma atual das boas práticas, sendo amplamente incentivado através de linhas de orientação mundiais pela OMS, nacionais pela DGS, ordens e associações profissionais. Neste contexto espera-se que os enfermeiros obstetras tenham maior participação em discussões políticas e nas instituições de modo a delinear estratégias de eliminação de todas as formas de violência obstétrica e promoção do parto humanizado.

Há também uma clara influência da população que, através da comunicação social e redes sociais, começa a adquirir conhecimento e a reconhecer a violência obstétrica, levando-a a

reagir negativamente a estas manifestações de violência em sítios que consideravam ser seguros, uma das formas de exporem esse descontentamento foi através de uma petição que teve efetivamente resultados e, com alguma frequência assistimos a manifestações com grande número de mulheres contra a violência obstétrica.

Embora se reconheça que com este estudo não se resolve este problema, no entanto pretende-se que tenha algum impacto positivo, tanto na atuação dos enfermeiros obstetras como na qualidade da experiência das mulheres através da demonstração da pertinência e emergência da necessidade de discussão crítica sobre a assistência ao parto, contextualizando as questões de género, culturais, estruturais e prática baseada na evidência, como foco na garantia da proteção da pessoa, não permitindo a violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mesma. O que vai de encontro com o código ético e deontológico dos enfermeiros.

Será pertinente realizar um estudo idêntico, longitudinal, com formação sobre violência obstétrica entre as aplicações da escala, numa amostra mais alargada. Isto para se compreender o impacto da formação na perceção dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica, numa amostra representativa.

Decorrente das evidências empíricas encontradas no presente estudo, sugere-se igualmente que se implementem políticas que eliminem a violência obstétrica, como a modernização da legislação, a inclusão no profissional de saúde o desenvolvimento não apenas de competência técnica, mas do pensamento crítico, levando-os a pensar desta forma sobre a medicalização do parto e a violência, reconhecendo as formas de violência institucional, não as aceitando/considerando normais. Isto pode ser aplicado quer através da alteração dos currículos da licenciatura em enfermagem e CPLEESMO como em formação em serviço dos EEESMOs com a abordagem do tema violência obstétrica. Também a baixa literacia em saúde dos casais irá ter repercussão com estas alterações pois são os EEESMOs que realizam a preparação para o parto que em consulta quer em cursos PPP.:

Em modo de finalização, consideram-se implicações práticas do estudo necessidade de implementação de formação em serviço periódica sobre violência obstétrica para EEESMOs incluindo esta formação nos currículos das licenciaturas em enfermagem e pós-licenciaturas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Promoção do parto humanizado, que inclui o respeito pelas expectativas da mulher nos serviços (podendo este ser alvo de valorização laboral) empoderando a mulher/casal nesse sentido e incutir nas equipas e alunos das pós-licenciaturas a pertinência da formação em violência obstétrica por questões de boa prática e ético-legais.

Como indicador de produção científica, pretende-se publicar em artigo este estudo, para apreciação por pares em revista indexada.



## Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2020). *Inquérito experiências de parto em Portugal* (2ª ed., Vol. 1).  
[https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experiências-de-Parto-em-Portugal\\_2edicao\\_2015-19-1.pdf](https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experiências-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf)
- Carniel, F., Vital, D., & Souza, T. (2019). Episiotomia de rotina: Necessidade versus violência obstétrica. *Journal of Nursing and Health*, 9.  
<https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.14425>
- Costa, R., Cardinot, T., & Oliveira, L. (2020). Etapas para validação de instrumentos de avaliação da qualidade de vida. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 92–102.  
<https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/qualidade-de-vida>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Almedina.
- Diaz-Tello, F. (2017). Cicatrizes invisíveis: a violência obstétrica nos Estados Unidos. *Reproductive Health Matters*, 24, 34–42.
- FIGO. (2015). International Journal of Gynecology and Obstetrics Mother – baby friendly birthing facilities ☆. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128(2), 95–99.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Lalonde, A. B., & Miller, S. (2015). Mother-baby friendly birthing facilities initiative. In *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of The International Federation of Gynaecology and Obstetrics* (Vol. 128, Issue 2, pp. 93–94).  
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.002>
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandić, D., Radetić, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslien, S., Linden, K., Barata, C., ... Valente, E. P. (2022). Quality of

- facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health Europe*, 13, 100268. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- Leal, S. Y. P., Lima, V. L. de A., da Silva, A. F., Soares, P. D. F. L., Santana, L. R., & Pereira, A. (2018). Percepção da enfermeira obstetra acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 23(2), e52473. <https://doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Report Number.
- Marques, F. C., Vilela, J. V. M., Costa, E. N., Andrade, K. S., de Melo, N. C., Honorato, E. J. S., & Lemos, S. M. (2020). Humanized childbirth: a transdisciplinary review. *International Journal of Research GRANTHAALAYAH*, 8(7), 1–16. <https://doi.org/10.29121/granthaalayah.v8.i7.2020.574>
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2022). Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. *Midwifery*, 108. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103297>
- Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder (Ptd) following obstetric violence: A cross-sectional study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5). <https://doi.org/10.3390/JPM11050338>
- Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M. J., Andreu-Pejó, L., & González-Chordá, V. M. (2020). Design and validation of the PercOV-S questionnaire for measuring perceived obstetric violence in nursing, midwifery and medical students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph17218022>
- Mena-Tudela, D., González-Chordá, V., Soriano-Vidal, F., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., Castro-Sánchez, E., & Cervera Gasch, A. (2020). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Education Today*, 88(July 2019), 104364. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>

- Oliveira, V. J., & Penna, C. M. de M. (2017). Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000200331&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000200331&nrm=iso)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de enfermeiros*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/estatística-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Parto: Novas recomendações*.  
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>
- Possati, A., Prates, L., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C., & Ressel, L. (2017). *Humanização do parto: Significados e percepções de enfermeiras* (Vol. 21).  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>
- Rominski, S. D., Lori, J., Nakua, E., Dzomeku, V., & Moyer, C. A. (2017). When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out: Justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy Plan*, 32(2), 215–224.  
<https://doi.org/10.1093/heapol/czw114>
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Buron, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. (2018). Para além do desrespeitos e do abuso: As dimensões estruturais da violência obstétrica. *Questões de Saúde Reprodutiva*, 2(10), 64–72.  
<https://www.ucviden.dk/en/publications/moving-beyond-disrespect-and-abuse-addressing-the-structural-dime-3#:~:text=Defendemos que as taxas excessivas de intervenções médicas,não consentidos%2C pelodesrespeito e por outras práticas abusivas.>
- Souza, A., Campolina, P., Lana, T., Lindner, S., Amorim, T., & Felisbino-Mendes, M. (2020). Violência obstétrica: Uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1–7.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>
- Souza, A., Lucas, P., Lana, T., Lindner, S., Amorim, T., & Felisbino-Mendes, M. (2020). Violência obstétrica: Uma revisão integrativa. 2020, 27.  
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>
- Zacher Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437–454.

<https://doi.org/10.1111/maq.12174>

**Anexos**

## Anexo 1: (PercOV-S Mena-Tudela, D. et al, 2020)

25/07/2021

Gmail - Request of permission To validade In Portuguese and aply PercOV-S scale In my MBA thesis



Gisela Ferreira &lt;giselatbferreira@gmail.com&gt;

### Request of permission To validade In Portuguese and aply PercOV-S scale In my MBA thesis

Desirée Mena Tudela <dmena@uji.es>  
 Para: Gisela Bernardo <giselatbferreira@gmail.com>  
 Cc: pnelas@gmail.com

8 de fevereiro de 2021 às 13:39

Dear Gisela

You have my permission to use the scale.

Also, whatever you think I can help and collaborate I will be happy to do so.

My university will soon be holding the "Second International Seminar on Obstetric Violence" for students of health sciences. It will also be a pleasure to have the participation of Portuguese students.

Best regards.

### Curso de Especialización en Lactancia Natural, un reto profesional. Más Información aquí



<http://www.fue.uji.es/lactancia>

Desirée Mena Tudela; RN, MSc, PhD  
 Department of Nursing. Universitat Jaume I.  
 Nursing Research Group & Research and Development in Nursing Education Group  
 Office: MD0209DD  
 Phone: (+34) 964.387.807

Missatge de Gisela Bernardo <giselatbferreira@gmail.com> del dia dl., 8 de febr. 2021 a les 14:03:  
 [Citação ocultada]

	1	2	3	4	5
1. Inserting an intravenous channel					
2. Directing the woman's position					
3. Accelerate the birthing process artificially					
4. Administering routine enemas					
6. Performing routine genital shaving					
15. Enforcing the lithotomy position (i.e., position in which the patient is supported on her back with her legs resting on the stirrups of a surgical table or chair)					
16. Allowing accompaniment during the second stage					
28. Immediately cutting the cord					
5. Performing routine amniorrhexis (i.e., artificial rupture of membranes)					
7. Immobilizing the woman					
8. Performing a pelvic exam without consent					
9. Not offering measures for pain					
10. Encouraging the use of an epidural					
11. Not preserving privacy					
12. Convincing the woman to undergo a c-section to end labour quickly and without pain					
13. Not considering the woman's decision					
14. Taking pictures without permission					
17. Performing routine episiotomy (i.e., incision in the perineum of a woman in labour)					
18. Saying "You do not know how to push"					
19. Performing the Kristeller manoeuvre (i.e., fundal pressure in second stage labour)					
20. Performing an episiotomy without anaesthesia					
21. Prohibiting eating and drinking					
22. Not providing covering/heating during delivery					
23. Saying "Stop complaining; it is not that bad"					
24. Not letting the woman shout					
25. Performing a caesarean section due to slow dilation					
26. Performing an emergency caesarean section without consent					
27. Not allowing accompaniment in cases of instrumentation or caesarean section					
29. Suturing a tear without anaesthesia					
30. Separating the mother and newborn					
31. Allowing skin-to-skin contact after the paediatric examination					
32. Taking the baby to the nursery					
33. Giving formula without the mother's consent					

## Anexo 2: Pedido parecer comissão de ética do IPV



**Formulário para Submissão de Pedidos:** Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu (IPV)

**Formulário para Submissão de Pedidos de Parecer da Comissão de Ética  
Relativos a Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva “não se aplica”. Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

**Título do projeto:** Perceções dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica

**Identificação do(s) proponente(s)**

**Nome(s):** Gisela Ferreira Bernardo  
Professora Doutora Paula Nelas

**Filiação Institucional:** Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu  
Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu

**Investigador responsável / orientador:**

**Nome:** Professora Doutora Paula Nelas

Número do ORCID do investigador responsável / orientador: [orcid.org/0000-0003-0043-3597](https://orcid.org/0000-0003-0043-3597)

Número do Ciência vitae do investigador responsável / orientador: 9711-7251-A660

**Justificação do estudo:**

O momento do parto é por norma um momento importante e gratificante na vida da mulher, no entanto, há inúmeros casos em que esta é vítima de desrespeito, abuso e maus-tratos. A violência obstétrica acontece no contexto da assistência à saúde da mulher durante o pré-natal, gravidez, pós-parto e aborto, sendo esta praticada por profissionais da área de saúde.

Desta forma, a violência obstétrica, revelou-se uma preocupação da Organização Mundial de Saúde desde 1985, altura em que reconheceu a sua existência, tendo categorizado as práticas obstétricas em 1996.

É também um tema debatido diariamente nos média e redes sociais sob a perspetiva das mulheres/casais, no entanto, a perceção dos enfermeiros obstetras, que são veículo de mudança de condutas, carece de mais investigação.

**Objetivos do estudo:**

1. Validar a escala de Perceções dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica, PercOV-S (Mena-Tudela, Desirée; Cervera-Gasch, Agueda; alemany-Anchel, María José; andreu-Pejó, laura; González-Chordá, Víctor Manuel, 2020) para a população portuguesa;

<p>2. Identificar as percepções relativas à violência obstétrica pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica;</p> <p>3. Analisar a relação entre as percepções dos Enfermeiros Obstetras sobre violência obstétrica e as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional.</p>	
<b>Data prevista de início dos trabalhos:</b> maio de 2021	<b>Data prevista de fim dos trabalhos:</b> dezembro de 2021
<b>Data prevista de início da recolha de dados:</b> maio de 2021	<b>Data prevista de fim da recolha de dados:</b> agosto de 2021

### **Metodologia**

Tipo de estudo: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal. A amostra é não probabilística por conveniência e a colheita de dados será em bola de neve

#### População e amostra/ Informantes:

Os participantes serão Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), que exerçam a sua atividade profissional, como EESMO, em todas as áreas assistenciais do ciclo gravídico-puerperal, com um mínimo de 165 participantes, pois é objetivo da investigação validar a escala PercOV-S (Mena-Tudela, et al, 2020) para o efeito.

Para a colheita de dados, além do método de bola de neve (EESMO's pertencentes à minha rede de amigos e conhecidos, que posteriormente irão entregar a EESMO's, da sua rede de amigos e conhecidos), será ainda disponibilizado o questionário de colheita de dados na plataforma *Google forms* a EESMO's que exerçam a sua atividade profissional em locais de vigilância de saúde da mulher, ao longo do ciclo gravídico puerperal.

Critérios de inclusão / exclusão: serão incluídos no estudo os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia que exerçam as suas funções como enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Locais onde decorre a investigação: Hospitais e clínicas do setor público e privado, centros de Saúde, Unidades de Saúde Familiar, através da disponibilização do instrumento de colheita de dados no *Google Forms* e com acesso através do link criado para o efeito

#### Instrumento(s) de Recolha de Dados (juntar exemplo, no formato que vai ser utilizado; se o instrumento de recolha for inquérito digital submeter respetivo link):

O instrumento de colheita de dados é um questionário composto por duas partes. A primeira parte permite caracterizar a amostra nas dimensões sociodemográficas, académicas e profissionais. A segunda parte integra uma escala, que será validada na presente investigação, que permite avaliar as percepções sobre violência obstétrica pelo EESMO.

O questionário encontra-se disponível no seguinte link: <https://forms.gle/m1d4oYe4TUdXWbuG6>

Garantia de confidencialidade:

É garantida a todos os participantes a confidencialidade e anonimato de resposta, tal como descrito no enunciado do questionário, que passo a citar:

“Cara/o participante:

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema "Perceções dos enfermeiros Obstetras sobre Violência Obstétrica". O objetivo principal, além da validação da presente escala, é identificar as perceções sobre violência obstétrica pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, pelo que se reveste de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Assim, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) que exerçam a sua atividade como EESMO, estão convidados a participar no estudo, através do preenchimento deste questionário. O tempo médio de preenchimento é de cerca de 15 minutos.

Em qualquer momento e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes a esta investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima, não sendo revelados quaisquer dados que possibilitem a identificação dos participantes. No final do estudo proceder-se-á à destruição dos dados.

O estudo dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade de todos os dados facultados pelas/os participantes, em todas as fases do processo. Este estudo segue, adicionalmente, as recomendações da Declaração de Helsínquia para a investigação científica.

Em caso de dúvida ou de necessidade de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através do e-mail: [eesmoviolenciaobstetrica@gmail.com](mailto:eesmoviolenciaobstetrica@gmail.com)

A equipa de investigação agradece o seu interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Confirmando que li e compreendi a explicação que me foi fornecida relativamente ao estudo. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Equipa:

Professora Doutora Paula Nelas (Investigador responsável)

Gisela Ferreira Bernardo (Estudante do 6º CMESMOG e 11º CPLEESMO)

Como é garantida a voluntariedade e autonomia dos participantes? (juntar exemplo do documento para informação e obtenção do consentimento informado):

Não existe obrigatoriedade de resposta ao questionário, o consentimento para participação no estudo é de resposta obrigatória, e é parte integrante do questionário. A última afirmação do mesmo consentimento é de validação obrigatória, e sem a mesma não é possível avançar para o questionário. Passo a citar:

“Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.”

Como é garantido o anonimato dos dados recolhidos? (Se aplicável, incluindo informação sobre a recolha, o armazenamento dos dados e o seu destino depois de concluído o estudo): o questionário aplicado não requer identificação, como é possível validar através do link

**Em caso de descobertas acidentais ou danos para os participantes que procedimentos estão previstos?**

Em caso de descobertas acidentais ou danos para os participantes estão garantidos todos os procedimentos legalmente previstos.

**Prevêem-se benefícios para os sujeitos da investigação? Quais?**

Não aplicável.

**Existem custos de participação para os sujeitos da investigação? Quais são as eventuais compensações:**

Não.

### Anexo 3: Parecer favorável da comissão de ética do IPV



(parecer\_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE VISEU (PV)  
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

#### Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Perceções dos enfermeiros obstetras sobre violência obstétrica
Proponentes do projeto	Gisela Ferreira Bernardo e Professora Doutora Paula Nelas
Investigador responsável	Professora Doutora Paula Nelas
Data de submissão	30/04/2021
Relatores	Prof.ª Doutora Ernestina Silva, Prof.ª Doutora Isabel Martins e Dr. Luís Patrão
Data da aprovação do parecer	25/05/2021
A presidente da CE do PV	<i>Ernestina Batoca Silva</i> Ernestina Batoca Silva

#### PARECER N.º 39/SUB/2021

<input checked="" type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL</b> (a proposta é eticamente aceitável)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES</b> (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	<b>Motivos</b>
<input type="checkbox"/> <b>PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL</b>	<b>Motivos</b>

## **Apêndices**

## **Apêndice I: (Descrição da organização do serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia)**

### **Descrição da organização do serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia**

O serviço está dividido em duas áreas que são contíguas, divididas por uma antecâmara (transfer): urgência de Ginecologia e Obstetrícia e sala de partos.

A urgência de ginecologia e obstetrícia é constituída por:

- 1 Sala de espera com 2 WC (feminino e masculino)
- 1 gabinete de secretariado
- 3 gabinetes médicos
- 2 Vestiário com WC (feminino e masculino)
- 1 sala de sujos
- 1 Gabinete de ecografia
- 1 Gabinete de RCT
- 1 Sala Clínica
- 1 Sala de material clínico
- 1 sala de enfermagem
- 2 Quartos de SO (sala de Observações, cada um com 2 camas)

A Sala de Partos é constituída por:

- 7 quartos de parto (1 de isolamento com antecâmara)
- 1 Antecâmara de acesso da urgência ao quarto 7 (circuito Covid)
- 1 hall amplo
- 1 Sala de enfermagem com balcão
- 2 gabinetes de apoio à sala de enfermagem
- 2 WC para utentes (um com chuveiro)
- 1 Vestiário com WC
- 6 salas de stock (soros/esterilização, consumíveis, rouparia, material diverso, material de apoio clínico, hotelaria)
- 2 sala de sujos (lixos, limpeza/desinfecção)
- 1 sala Telemedicina

- 1 sala de reuniões
- 1 copa
- 2 quartos de pós-parto (2 camas cada)
- 1 WC dos funcionários
- 1 Sala de arrumos (ao pé do gabinete da chefe)
- 1 Gabinete da enfermeira chefe
- 1 Gabinete médico (anestesia)

#### Circuitos de utentes

As utentes que ficam internadas na sala de partos podem ter duas proveniências, urgência de ginecologia e obstetrícia e internamento de patologia da gravidez.

Os critérios de internamento nesta sala são:

- Início de trabalho de parto
- Indução de trabalho de parto
- Interrupção médica da gravidez

**Apêndice II: (Procedimento: Medidas de promoção do Aleitamento Materno)**

		
<b>PROCEDIMENTO</b>		Documento n.º Versão n.º Data: 01-10-2018
<b>Aprovado:</b>		<b>Data de Aprovação:</b>

**TÍTULO:** Ensinos à grávida, com idade gestacional  $\geq 28$  semanas, sobre medidas de promoção do Aleitamento Materno

**ÂMBITO:** Enfermeiros Especialistas em Obstetrícia do Internamento de Obstetrícia/Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE.

**RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Enfermeiros Especialistas em Obstetrícia do Internamento de Obstetrícia/Ginecologia do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE.

**FUNDAMENTO(S):**

Portugal, à imagem de outros países europeus, durante a II Guerra Mundial, face à “publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência uma baixa da incidência e da prevalência do aleitamento materno” o que levou ao aumento da mortalidade infantil. Nos anos 70, começou a verificar-se um retorno à prática do aleitamento materno, especialmente pelas mulheres mais informadas {Leonor Levy, 2012, Manual de Aleitamento Materno@7}

Na maioria dos casos o leite materno é adequado ao recém-nascido, é um alimento “vivo,

completo e natural”. Há consenso mundial que o aleitamento materno é a melhor forma de alimentar as crianças até aos 6 meses, devendo ser mantida a sua prática exclusiva e, cerca de 90% das mulheres iniciam o aleitamento materno, no entanto quase metade desiste no 1º mês de vida do bebé. Neste sentido é fulcral manter a implementação de medidas com vista à promoção do sucesso do aleitamento materno {Leonor Levy, 2012, Manual de Aleitamento Materno@8}

Há 3 fatores a conjugar para o sucesso na amamentação: decisão de amamentar, estabelecer a lactação e suportar a amamentação. No que concerne à decisão de amamentar, é algo pessoal, sujeito a várias influências e resultam da socialização de cada mulher. Umas mulheres amamentam porque cresceram/vivem num contexto em que outras mulheres próximas amamentam, sendo algo natural para elas; outras fazem-no porque valorizam as vantagens do aleitamento materno, comparativamente a outra alimentação. Isto pode resultar da influência dos pares ou profissionais de saúde. É importante que perceba que o controlo da prática do aleitamento materno é seu o que vai revela-se num aumento de confiança na sua capacidade de amamentar. É, portanto, uma obrigação dos EEESMOS informar e aconselhar todas as grávidas, no 3º trimestre de gestação, relativamente à prática do aleitamento materno, em particular as indecisas. Focando-se nas vantagens do aleitamento materno tanto para o RN como para a puérpera. Sendo o foco no seu direito e prazer de amamentar e não no dever de ter de o fazer {Leonor Levy, 2012, Manual de Aleitamento Materno}.

O contacto pele a pele com a mãe imediatamente após o nascimento (sempre que possível), é fulcral. Este contacto é referido como a prática em que o RN é seco e colocado diretamente no peito nu da mãe após o nascimento, estando ambos cobertos por um cobertor quente durante um período de pelo menos uma hora ou até depois da primeira mamada. Este contacto pele a pele acalma e relaxa mãe e bebé, regula a frequência cardíaca e a respiração do RN, ajudando-o na adaptação à vida extrauterina, faz estimulação da digestão e aumenta o interesse na alimentação, regula a temperatura corporal do RN, permite a colonização da pele do RN com a microbiota materna, proporcionando proteção contra infeções, estimula a liberação de hormonas essenciais para a amamentação e a maternidade, melhora a saturação de oxigênio do RN e reduz os níveis de cortisol. Despoleta um comportamento instintivo intenso em ambos, num processo único que, se não for interrompido, resultará na primeira mamada {UNICEF, S/D, SKIN-TO-SKIN CONTACT}. Não existe um tempo estipulado para a mamada, a maioria dos bebés mama 90% do que precisa nos primeiros 4-5 minutos. E o horário não é o mais importante, quem comanda a hora da alimentação é o bebé, quando tem fome, é o regime de

livre demanda, ou seja, não deve ser imposto um regime rígido {Leonor Levy, 2012, Manual de Aleitamento Materno}.

Após o parto está recomendado o alojamento conjunto. A Organização Mundial da Saúde e a UNICEF definem a prática do alojamento conjunto como uma prática hospitalar em que as mães no pós-parto e os seus bebés saudáveis ficam juntos no mesmo quarto 24 horas por dia a partir do momento em que chegam ao quarto após o parto. Começou como uma forma de promover a amamentação precoce e estimular o vínculo do binómio mãe-bebé {Theo, 2017, Rooming-In: Creating a Better Experience}

A OMS e a UNICEF {Leonor Levy, 2012, Manual de Aleitamento Materno} lançaram um comunicado conjunto, “A Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés”, que contempla 10 medidas para o sucesso do aleitamento materno, dos quais fazem parte os ensinamentos referidos anteriormente.

Deverá haver disponível informação escrita disponível destinada a grávidas no terceiro trimestre de gestação sobre a importância do aleitamento materno, do contacto pele a pele precoce, a iniciação do aleitamento materno na 1ª hora de vida, o alojamento conjunto 24 horas por dia, o aleitamento em horário livre ou determinado pela vontade do bebé, a amamentação frequente para ajudar a garantir leite suficiente, o bom posicionamento e pega da mama, a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e o facto de que o aleitamento materno continuar a ser importante após esses 6 meses, quando tem início a alimentação complementar. Destinado a grávidas no terceiro trimestre de gestação {UNICEF, 2017, A Iniciativa Amiga dos Bebés}.

### **OBJETIVO(S):**

- Promover o aleitamento materno;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- Entregar o folheto “Aleitamento Materno” (Mod. 055-revisão de 2020) aquando do acolhimento da grávida ao serviço
- Averiguar conhecimentos da grávida sobre Aleitamento Materno;
- Averiguar a sua atitude e as suas expectativas sobre o Aleitamento Materno;
- Desconstruir mitos e preconceitos relativos ao Aleitamento Materno;

- Instruir a grávida sobre o Aleitamento Materno: fundamentos, duração, prática, técnica, vantagens e desvantagens;
- Instruir a grávida sobre a livre demanda: fundamentos e vantagens;
- Instruir a grávida sobre o alojamento conjunto: fundamentos, vantagens;
- Instruir a grávida sobre o contacto pele a pele: fundamentos, vantagens;
- Validar os conhecimentos adquiridos;
- Mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas;
- Registrar em processo de enfermagem a realização dos ensinamentos.

#### **MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:**

- Validar os conhecimentos adquiridos
- Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas

#### **LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*.



Theo, L. O., & Drake, E. (2017). Rooming-In: Creating a Better Experience. *The Journal of perinatal education*, 26(2), 79-84. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.2.79>

UNICEF. (n.d.). *SKIN-TO-SKIN CONTACT*. Retrieved July 18, 2021, from <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/skin-to-skin-contact>

UNICEF. (2017). *A Iniciativa Amiga dos Bebés*. Unicef. <https://www.unicef.pt/o-que-fazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dos-bebes/>

Elaborado por: Gisela Ferreira Bernardo	Revisto por:
---	--------------

**Apêndice III: (Procedimento: Escala NSRAS)**

		
<b>PROCEDIMENTO</b>		Documento n.º Versão n.º Data: 01-10-2018
<b>Aprovado:</b>		<b>Data de Aprovação:</b>

**TÍTULO: Escala NSRAS (Newborn Skin Risk Assessment Scale)**

**ÂMBITO:** Enfermeiros da UCERN (Unidade de Cuidados Específicos ao Recém-nascido) do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE.

**RESPONSABILIDADE PELA IMPLEMENTAÇÃO:** Enfermeiros da UCERN do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE.

**FUNDAMENTO(S):**

“A pele do recém-nascido é caracterizada como delicada, fina e frágil. Estas características, associadas à imaturidade dos sistemas e à utilização de dispositivos médicos, imprescindíveis à sua sobrevivência, aumentam o risco de lesão da pele.” (Martins & Curado, 2017)

“A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) e a National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) consideram que a lesão por pressão se localiza geralmente sobre uma proeminência óssea, devido a mecanismos de pressão, fricção e/ou combinação entre ambos os mecanismos.” (Martins & Curado, 2017)

A localização da lesão, a sua dimensão e profundidade, tornam-na complexa e, segundo a DGS

(2011) leva a complicações como “infecção, dor, sofrimento, alteração da imagem corporal, aumento do tempo de internamento e incremento nos custos do tratamento” (DGS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a “prevenção das lesões por pressão” ...” um direito humano fundamental. Portanto é um direito da criança e deve ser salvaguardado por práticas de cuidados baseados na evidência científica. Os profissionais de saúde são o melhor meio de prevenção de lesões por pressão, dado que detêm o conhecimento da etiologia das lesões por pressão e dos fatores de risco que estão associados ao seu desenvolvimento. Através da utilização de instrumentos específicos para deteção do risco, facilita o julgamento clínico, a aplicação de medidas preventivas e promoção da integridade cutânea (Martins & Curado, 2017).

“Relativamente aos cuidados, a utilização de instrumentos preditivos do risco, adequados às características de populações específicas, como a neonatal, fornecem dados para a avaliação, conferem objetividade aos planos de prevenção e tratamento, otimizam o recurso a medidas preventivas e permitem mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Martins & Curado, 2017).

Em Portugal estão validadas pela DGS 2 escalas de avaliação de risco de lesões por pressão, Braden (para adultos) e Braden Q (pediátrica a partir dos 21 dias de idade). Sendo um lapso não estar contemplado o espaço entre o nascimento e o 21º dia de vida do RN, daí que foi validada para português de Portugal, por Martins & Curado (2017) a escala NSRAS (Anexo I) que está construída para RN até aos 28 dias de vida. Esta escala foi inicialmente criada nos Estados Unidos, em 1997, por Barbara Huffines e Cynthia Logsdon que se basearam na escala de Braden para adultos mas utilizando os factores de risco específicos no desenvolvimento de lesões por pressão num neonato (Martins & Curado, 2017).

“A NSRAS é constituída por seis itens: condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade, cada um deles com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4). Os scores dos itens variam entre 6 e 24 pontos, sendo o score mais baixo representativo de baixo risco de lesão da pele e o score mais alto representativo de risco elevado de lesão da pele” (Martins & Curado, 2017).

Quando se apresenta um risco elevado de lesão por pressão, deve-se proceder a técnicas de alívio de pressão, como a alternância de posicionamentos, trocas de interfaces de VNI (ventilação não invasiva), de locais de contacto de monitorizações entre outras medidas autónomas de enfermagem, salvaguardam-se outras causas para as mesmas lesões, como as

nutricionais ou de hidratação (entre outras) que estão dependentes de prescrição médica para serem solucionadas.

A predisposição para o aparecimento de lesões por pressão requer dos profissionais de saúde rigorosa observação e avaliação do risco, com instrumentos validados especificamente para neonatos (Martins & Curado, 2017) daí que a DGS (2011) tenha dado a orientação de que se deve proceder à avaliação do risco de desenvolvimento de lesão por pressão nos doentes “em todos os contextos de assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras 6 horas após admissão do doente” e que na criança para além desta avaliação ainda se deve proceder à avaliação da pele em instrumento próprio (anexo II). Estes resultados têm de constar do processo clínico. De acordo com a mesma orientação, em contexto de internamento esta avaliação tem de ser realizada de 48/48 horas.

Há um foco da Ordem dos Enfermeiros em indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, esta escala abrange três desses indicadores: taxa de incidência e prevalência das lesões por pressão, ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das lesões por pressão e ganhos em aprendizagem das capacidades do prestador de cuidados para prevenir lesões por pressão. Estes resultados são sensíveis e representativos dos contributos dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

### **OBJETIVO(S):**

- Avaliar o risco de lesão por pressão nos recém-nascidos;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem;

### **DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:**

- Colocar em todos os processos clínicos do RN a escala NSRAS e de avaliação de pele;
- Avaliar nas primeiras 6h após admissão, o risco de lesão por pressão e a pele do RN;
- Realizar ensinios às mães sobre estratégias para diminuir o risco de lesão por pressão no RN;
- Validar os conhecimentos adquiridos;
- Incluir a mãe no planeamento de cuidados de acordo com a avaliação de risco;

- Reavaliar o risco de lesão por pressão no RN a cada 48H;
- Adequar estratégias de acordo com o resultado da avaliação de risco de lesão por pressão no RN;
- Registrar em processo de enfermagem a realização das avaliações e medidas implementadas.

### **MONITORIZAÇÃO/ AVALIAÇÃO:**

- Validar os conhecimentos adquiridos
- Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas

### **LEGISLAÇÃO, ORDENS DE SERVIÇO, BIBLIOGRAFIA DE SUPORTE:**

Orientação sobre a Escala de Braden: versão adulto e pediátrica (braden Q), (2011).

[https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao\\_ulceraspdf-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx)

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde . In.

Martins, C., & Curado, M. A. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, 43-52. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388251308007/html/>

*Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde* . (2007).

Elaborado por: Gisela Ferreira Bernardo

Revisto por:

## Anexo I

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA PELE			
Nome _____	Idade ____ Serviço _____		
Data da observação ____/____/____		Condição da pele	
Local avaliado	Tamanho	Profundidade	Estadio
1. Face posterior da cabeça	_____	_____	_____
2. Orelha direita	_____	_____	_____
3. Orelha esquerda	_____	_____	_____
4. Ombro direito	_____	_____	_____
5. Ombro esquerdo	_____	_____	_____
6. Cotovelo direito	_____	_____	_____
7. Cotovelo esquerdo	_____	_____	_____
8. Vértebras (superior médio)	_____	_____	_____
9. Sacro	_____	_____	_____
10. Cóccis	_____	_____	_____
11. Crista ilíaca direita	_____	_____	_____
12. Crista ilíaca esquerda	_____	_____	_____
13. Trocanter direito (anca)	_____	_____	_____
14. Trocanter esquerdo (anca)	_____	_____	_____
15. Tuberosidade isquiática direita	_____	_____	_____
16. Tuberosidade isquiática esquerda	_____	_____	_____
17. Coxa direita	_____	_____	_____
18. Coxa esquerda	_____	_____	_____
19. Joelho direito	_____	_____	_____
20. Joelho esquerdo	_____	_____	_____
21. Perna direita	_____	_____	_____
22. Perna esquerda	_____	_____	_____
23. Tornozelo direito	_____	_____	_____
24. Tornozelo esquerdo	_____	_____	_____
25. Calcâneo direito	_____	_____	_____
26. Calcâneo esquerdo	_____	_____	_____
27. Dedos do pé direito	_____	_____	_____
28. Dedos do pé esquerdo	_____	_____	_____
29. Outro (especificar)	_____	_____	_____

**Grau I** – Eritema cutâneo / hiperémia não reversível ao alívio da pressão; precursor da ulceração da pele.

**Grau II** – Perda parcial da espessura da pele que pode afectar a epiderme e/ou a derme. A úlcera é uma lesão superficial que pode ter aspecto de escoriação, flictena ou pequena cratera.

**Grau III** – Perda total da pele com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, podendo estender-se mais e afectar a camada subadjacente.

**Grau IV** – Lesão em toda a espessura da pele com destruição massiva, necrose tecidual ou danos musculares, ósseos ou de elementos de suporte ( tendões, cápsula articular, etc. ). Estas lesões podem apresentar trajectos sinuosos e socavados.

## Anexo II

Estado mental	<p>4. <i>Completamente limitado.</i> Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).</p>	<p>3. <i>Muito limitado.</i> Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).</p>	<p>2. <i>Ligeiramente limitado.</i> Letárgico/Hipotónico.</p>	<p>1. <i>Nenhum</i> <i>limitação.</i> Desperto e Ativo.</p>
Mobilidade	<p>4. <i>Completamente imóvel.</i> Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).</p>	<p>3. <i>Muito limitada.</i> Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.</p>	<p>2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.</p>	<p>1. <i>Nenhum</i> <i>limitação.</i> Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).</p>
Atividade	<p>4. <i>Completamente limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora aquecida com humidade sem poder sair dela.</p>	<p>3. <i>Limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora só saindo dela excepcionalmente.</p>	<p>2. Ligeiramente limitada. Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.</p>	<p>1. <i>Nenhum</i> <i>limitação.</i> Num berço aberto.</p>
Nutrição	<p>4. <i>Muito pobre.</i> Nada "Per os" (fluidos endovenosos exclusivos).</p>	<p>3. <i>Inadequada.</i> Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.</p>	<p>2. <i>Adequada.</i> Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.</p>	<p>1. <i>Excelente.</i> Biberão/Amamentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.</p>
Humidade	<p>4. <i>Constantemente húmida.</i> A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.</p>	<p>3. <i>Húmida.</i> A pele está frequentemente húmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8/8 horas, devido a frequentes dejeções semilíquidas e/ou vômitos, bolsados.</p>	<p>2. <i>Ocasionalmente húmida.</i> A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis extra aproximadamente uma vez por dia, devido a algumas dejeções e/ou vômitos, bolsados.</p>	<p>1. <i>Raramente húmida.</i> A pele está geralmente seca, os lençóis apenas requerem ser mudados a cada 24 horas.</p>

**Apêndice IV (Apresentação: “Legislação e Parentalidade”)**



# De Grávida a Mãe

Papel Social

Direitos

Proteção parental



Escola Superior de Saúde de Viseu  
Unidade Curricular de Estágio com Relatório final  
Contexto de Vigilância da Saúde da Grávida

6.º Curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Materna,  
Obstetrícia e Ginecologia  
11.º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de  
Saúde Materna e Obstétrica

Elaborado por:  
Enf. Gisela Bernardo  
Enf. Isabel Martins



Viseu, 30 de Novembro de 2021



## Sumário

- Igualdade de Género
- Estratégia Nacional para a Igualdade e não discriminação (2018-2030)
- Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar
- Declaração Universal de bioética e direitos Humanos
- Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (Lei 110/2019)
- Direitos da grávida, puérpera e lactante



## Igualdade de Género



### Brincadeiras



### Brinquedos



### Sonhos



### Ajuda nas tarefas de casa



## Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não discriminação 2018-2030

- Visão para o futuro como País que realiza efetivamente DIREITOS HUMANOS

### 3 Planos de ação

Não discriminação em razão do sexo e de igualdade entre mulheres e homens (IMH)

Prevenção e combate a todas as formas de violência contra as mulheres, violência de género e violência doméstica (VMVD)

Combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais (OIEC)

("Resolução do Conselho de Ministros nº61/2018,")

## Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não discriminação 2018-2030

- Não discriminação em razão do sexo e de igualdade entre mulheres e homens (IMH)

### Eliminação de Estereótipos

- Discriminações diretas e indiretas em razão do sexo que impedem a igualdade
- Levam a modelos de discriminação históricos e culturais

### Disposições constitucionais com incidência na IMH e na não discriminação em razão do sexo

- Direito ao trabalho (artigo 58º)
- Direitos em matéria de família, em particular, direito a conciliação da atividade profissional com a vida familiar (artigo 67º)
- Direitos relacionados com a maternidade e paternidade como valores sociais iminentes (artigo 68º)

("Resolução do Conselho de Ministros nº61/2018,")

## Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não discriminação 2018-2030

- Plano de ação:



("Resolução do Conselho de Ministros nº61/2018,")

## Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar

- O tempo de trabalho pago:
  - Mulheres –
    - mais frequente trabalho a tempo parcial (embora minoritário)
  - Homens –
    - Tendem a afetar mais tempo ao seu principal trabalho remunerado

Considerando as deslocações para e do trabalho, esse tempo equipara-se entre ambos

(Perista et al., 2016)



## Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar

- Trabalho pago - vida familiar e pessoal:
  - A maioria dos homens e mulheres manteriam a duração do seu trabalho
    - Valorização do trabalho pago
  - Mulheres referem pensar no trabalho em casa, e por vezes, sentem-se demasiado cansadas para realizar tarefas domésticas

Homens e Mulheres pensam nas tarefas domésticas e resolvem outras questões no horário de trabalho

(Perista et al., 2016)



## Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar

- Partilha de tarefas domésticas e do trabalho de cuidado:
  - O homem tem vindo a partilhar mais as tarefas domésticas e do cuidado, mas não há partilha equilibrada
  - Homem – trabalho não pago 2h 38 min
  - Mulher – trabalho não pago 4 h

Perceções de justiça da partilha das tarefas domésticas e cuidado genderizadas  
7 em cada 10 mulheres acham ser justa (Perista et al., 2016)



## Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar

- Maternidade e paternidade:
  - Homens reivindicam direito à paternidade – mantém-se desigualdade de género
  - Pessoas do agregado tomam conta das crianças até aos 3 anos
  - Feminização dos cuidados a crianças até aos 3 anos

Dos 3 anos em diante homens mais participativos, em atividades lúdicas  
disparidade de género menor

(Perista et al., 2016)



## Realidade Nacional sobre a conciliação da vida profissional, pessoal e familiar

- **Maternidade e paternidade:**
  - Licença de parentalidade influencia a desigualdade de género
    - Mãe assegura bem estar da criança nos primeiros meses de vida
    - Pai provedor económico e de auxiliar ("ajuda")



(Perista et al., 2016)

### ORGANIZAÇÃO EDUCACIONAL, CIENTÍFICA E CULTURAL DAS NAÇÕES UNIDAS (UNESCO) Declaração Universal de bioética e Direitos Humanos (2005)

*"Artigo 3º*

*A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitados.*

*Os interesses e o bem-estar do indivíduo devem prevalecer sobre o interesse exclusivo da ciência ou da sociedade.*

*(...)*

*Artigo 6º*

*Qualquer intervenção médica de carácter preventivo, diagnóstico ou terapêutico só deve ser realizada com o consentimento prévio, livre e esclarecido da pessoa em causa, com base em informação adequada."*

*(...)*

(Comissão Nacional da UNESCO- Portugal, 2006)



#### DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO

- Todas as mulheres têm direito a serem bem tratadas e estarem fora de perigo;
- Todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências;
- Todas as mulheres têm direito à privacidade e à confidencialidade;
- Todas as mulheres têm o direito a serem tratadas com dignidade e respeito;
- Todas as mulheres têm o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;
- Todas as mulheres têm direito a serviços de saúde;
- Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação.

(Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2020)



## Lei n.º 110/2019

- Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério;
- «Artigo 12.º (...) 1 – Nos serviços do SNS:
  - a) É reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço;
  - b) No caso da mulher grávida, é garantido o acompanhamento até três pessoas por si indicadas, em sistema de alternância, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente
- Artigo 15.º - De acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde, são reconhecidos em matéria de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no pós -parto, a todas as mulheres, os seguintes direitos:
  - a) O direito à informação, ao consentimento informado, ou à recusa informada, e o respeito pelas suas escolhas e preferências;
  - b) O direito à confidencialidade e à privacidade;
  - c) O direito a serem tratadas com dignidade e com respeito;
  - d) O direito de serem bem tratadas e estarem livres de qualquer forma de violência;
  - e) O direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;
  - f) O direito a receber os melhores cuidados de saúde e que estes sejam seguros e apropriados;
  - g) O direito à liberdade, autonomia e autodeterminação, incluindo o direito a não serem coagidas.

(Decreto de Lei n.º 110/2019 de 9 de Setembro, 2019)

## Informação por parte das trabalhadoras

A trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, para exercer os seus direitos, tem de comunicar à entidade patronal, o seu estado, por escrito e também, conforme as situações:

- Grávida – com apresentação de atestado médico
- Puérpera (nos 120 dias subsequentes ao parto) – com apresentação de atestado médico ou certidão de nascimento do filho/filha
- Lactante (que amamente o/a filho/a – com apresentação de atestado médico a partir dos 12 meses de idade da criança



(CITE)

## Direitos da grávida

- “licença parental inicial exclusiva da mãe, sendo obrigatório o gozo de seis semanas de licença a seguir ao parto. A mãe pode gozar até 30 dias da licença parental inicial antes do parto;
- licença em situação de risco clínico para a trabalhadora grávida ou para o/a nascituro/a pelo período de tempo que, por prescrição médica, for considerado necessário para prevenir o risco, sem prejuízo da licença parental inicial” (CITE).



## Direitos da grávida

- “Dispensa do trabalho para consultas pré-natais e para a preparação para o parto, pelo tempo e número de vezes necessários” (CITE).



- “Dispensa da prestação de trabalho por parte de trabalhadora grávida, puérpera ou lactante, por motivo de proteção da sua segurança e saúde, na impossibilidade de a entidade empregadora lhe conferir outras tarefas, sendo o montante diário dos subsídios igual a 65 % da remuneração de referência
- Dispensa de prestação de trabalho suplementar da trabalhadora grávida e durante todo o tempo que durar a amamentação se for necessário para a sua saúde ou para a da criança” (CITE).





- “Dispensa da trabalhadora grávida, puérpera ou lactante de prestar trabalho em horário de trabalho organizado de acordo com regime de adaptabilidade, de banco de horas ou de horário concentrado.
- Dispensa da trabalhadora de prestação de trabalho no período noturno, entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte, durante um período de 112 dias antes e depois do parto, dos quais pelo menos metade antes da data previsível do mesmo; durante o restante período de gravidez, se for necessário para a sua saúde ou para a do/a nascituro/a; durante todo o tempo que durar a amamentação, se for necessário para a sua saúde ou para a da criança, devendo apresentar atestado médico com a antecedência de 10 dias” (CITE).

## Direitos na Amamentação

- “Dispensa diária para amamentação durante o tempo que durar a amamentação, gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com a entidade empregadora, devendo a trabalhadora apresentar atestado médico se a dispensa se prolongar para além do primeiro ano de vida do/a filho/a.
- No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo/a além do/a primeiro/a” (CITE).



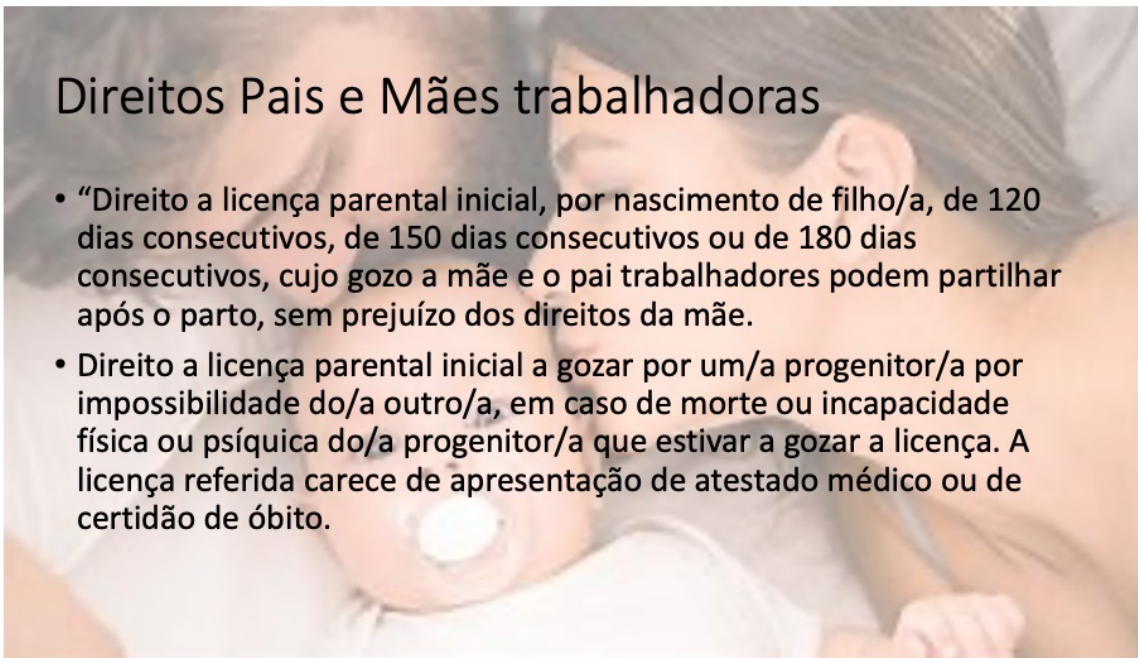


## Direitos do pai

- “Direito a licença parental exclusiva do pai de 15 dias úteis seguidos ou interpolados, pagos a 100 % da remuneração de referência\*, de gozo obrigatório, nos 30 dias seguintes ao nascimento do/a filho/a, cinco dos quais gozados de modo consecutivo imediatamente a seguir ao nascimento.
- Após o gozo desta licença, o pai tem ainda direito a 10 dias úteis de licença, pagos a 100 % da remuneração de referência\*, seguidos ou interpolados, desde que gozados em simultâneo com o gozo da licença parental inicial por parte da mãe, devendo avisar a entidade empregadora até 5 dias de antecedência.
- Direito a licença parental inicial a gozar pelo pai por impossibilidade da mãe, em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica desta, com a duração mínima de 30 dias. Em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica de mãe não trabalhadora nos 120 dias a seguir ao parto, o pai também tem direito a licença. As licenças referidas carecem de apresentação de atestado médico ou de certidão de óbito.
- Direito do pai a três dispensas do trabalho para acompanhamento a consultas pré-natais” (CITE)

## Direitos Pais e Mães trabalhadoras

- “Direito a licença parental inicial, por nascimento de filho/a, de 120 dias consecutivos, de 150 dias consecutivos ou de 180 dias consecutivos, cujo gozo a mãe e o pai trabalhadores podem partilhar após o parto, sem prejuízo dos direitos da mãe.
- Direito a licença parental inicial a gozar por um/a progenitor/a por impossibilidade do/a outro/a, em caso de morte ou incapacidade física ou psíquica do/a progenitor/a que estiver a gozar a licença. A licença referida carece de apresentação de atestado médico ou de certidão de óbito.

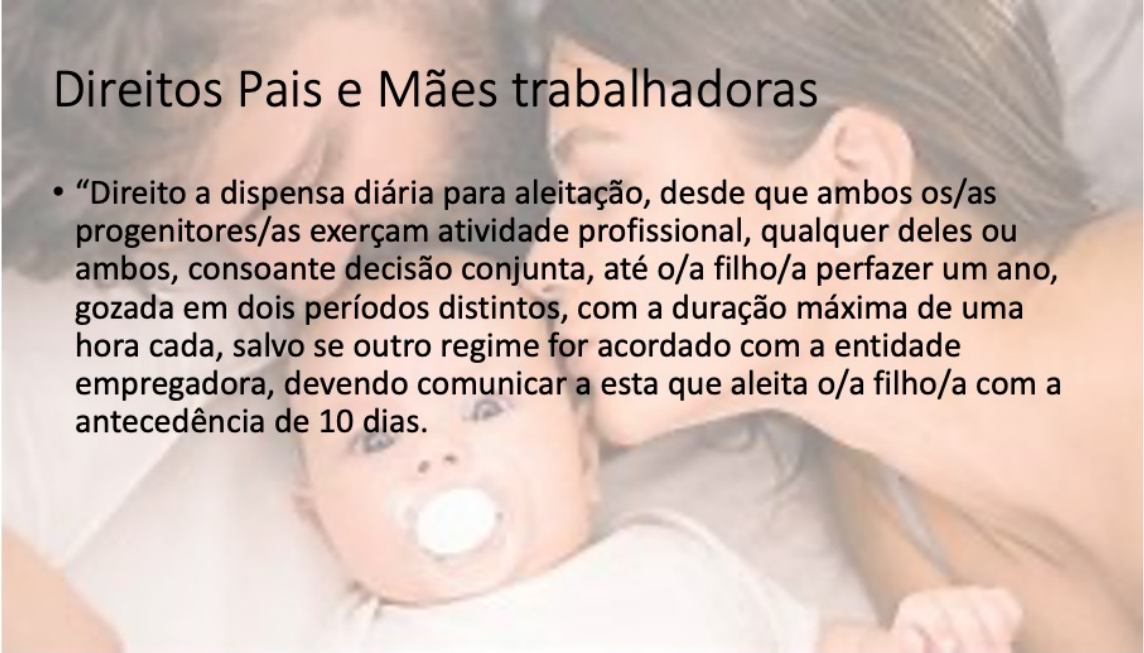


## Direitos Pais e Mães trabalhadoras

- Em caso de internamento hospitalar da criança imediatamente após o período recomendado de internamento pós-parto, devido a necessidade de cuidados médicos especiais, a licença parental inicial é acrescida do período de internamento, até ao limite máximo de 30 dias, sem prejuízo do acréscimo resultante da partilha da licença entre os progenitores e do acréscimo por nascimentos múltiplos.
- No caso de parto ocorrido até às 33 semanas, inclusive, a licença parental inicial é acrescida de 30 dias e estende-se a todo o período de internamento hospitalar da criança, após o período recomendado de pós-parto. Com comunicação à entidade patronal simultânea com a declaração emitida pelo estabelecimento hospitalar.

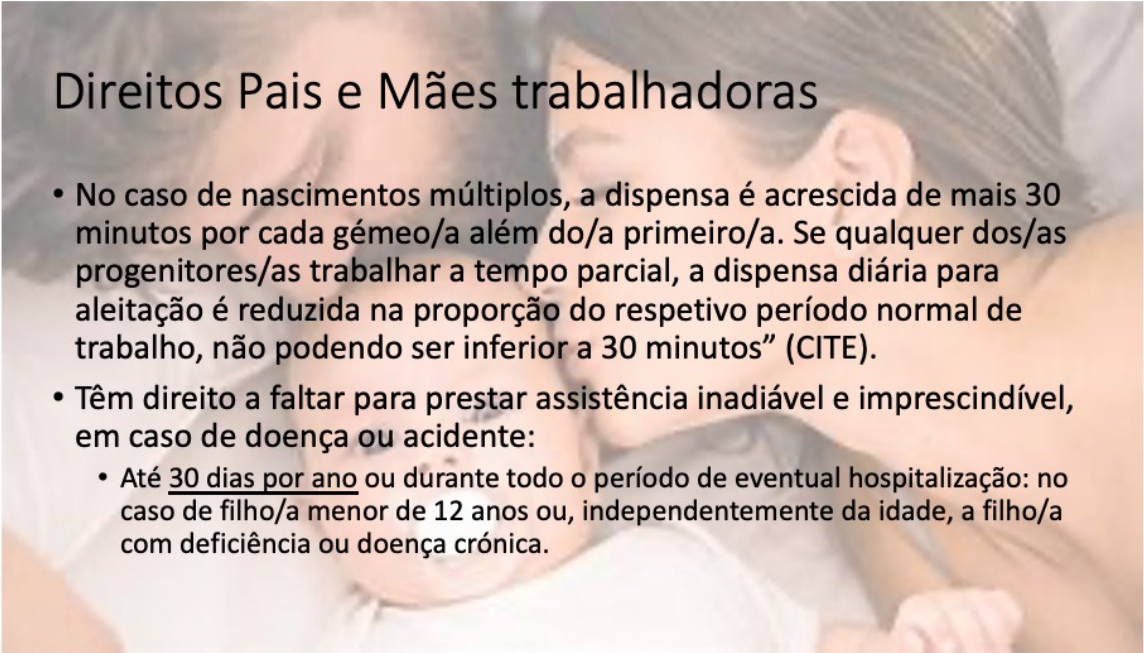
## Direitos Pais e Mães trabalhadoras

- Direito dos/as trabalhadores/as independentes aos mesmos direitos do que os/as trabalhadores/as por conta de outrem, designadamente direito à partilha da licença parental inicial. No que respeita aos subsídios, só não têm direito ao subsídio para assistência a filho/a e ao subsídio para assistência a neto/a. Os/as trabalhadores/as independentes que descontam apenas para um regime de proteção social” (CITE).




## Direitos Pais e Mães trabalhadoras

- “Direito a dispensa diária para aleitação, desde que ambos os/as progenitores/as exerçam atividade profissional, qualquer deles ou ambos, consoante decisão conjunta, até o/a filho/a perfazer um ano, gozada em dois períodos distintos, com a duração máxima de uma hora cada, salvo se outro regime for acordado com a entidade empregadora, devendo comunicar a esta que aleita o/a filho/a com a antecedência de 10 dias.



## Direitos Pais e Mães trabalhadoras

- No caso de nascimentos múltiplos, a dispensa é acrescida de mais 30 minutos por cada gémeo/a além do/a primeiro/a. Se qualquer dos/as progenitores/as trabalhar a tempo parcial, a dispensa diária para aleitação é reduzida na proporção do respetivo período normal de trabalho, não podendo ser inferior a 30 minutos” (CITE).
- Têm direito a faltar para prestar assistência inadiável e imprescindível, em caso de doença ou acidente:
  - Até 30 dias por ano ou durante todo o período de eventual hospitalização: no caso de filho/a menor de 12 anos ou, independentemente da idade, a filho/a com deficiência ou doença crónica.



## Referências Bibliográficas

CITE. *Temáticas da Igualdade*. Comissão para a igualdade no trabalho e no emprego. Retrieved 29 de Novembro de 2021 from <https://cite.gov.pt/conciliacao>

Decreto de Lei n.º 110/2019 de 9 de Setembro, Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09 (2019)

Perista, H., Cardoso, A., Brázia, A., Abrantes, M., Perista, P., & Quintal, E. (2016). Os Usos do tempo de homens e de mulheres em Portugal. In: CESIS; CITE.

Portugal, Associação Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). Experiências de Parto em Portugal Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. Acedido em: <https://Associacaogravidezparto.pt>

Resolução do Conselho de Ministros nº61/2018, 2220-2245 § 97.

Obrigada

**Apêndice V: (Apresentação: Violência Obstétrica)**



Imagem obtida de: <https://midianinja.org/natalia-szermeta/ministerio-da-saude-adverte-violencia-obstetrica-nao-existe-ta-k/>

Escola Superior de Saúde de Viseu  
Unidade Curricular de Estágio com Relatório final  
Contexto de Vigilância da Saúde da Grávida

6.º Curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Materna,  
Obstetrícia e Ginecologia  
11.º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de  
Saúde Materna e Obstétrica

Elaborado por:  
Enf. Gisela Bernardo  
Enf. Isabel Martins

Viseu, 2 de Dezembro de 2021



Imagem obtida de: <https://midianinja.org/natalia-szermeta/ministerio-da-saude-adverte-violencia-obstetrica-nao-existe-ta-k/>

## Resumo

- CONTEXTUALIZAÇÃO
- VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
  - Definição
  - História
  - Fundamentos
  - Direitos
  - Covid 19
- CONCLUSÃO
- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## Contextualização

O nascer é um evento natural envolvido por diversos significados culturais que acompanham a evolução da humanidade e está estritamente ligada a mulher. (Carniel et al., 2019)

Apesar de bastante comum, a violência obstétrica continua a ser uma forma de violência pouco reconhecida. A violência obstétrica é a violência contra as mulheres no contexto da assistência à gravidez, parto e pós-parto. (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2020)

A evidência qualitativa e uma série de estudos e relatórios indicam que muitas mulheres em todo o mundo experimentam um tratamento inadequado durante o parto, incluindo cuidados abusivos, negligentes ou desrespeitosos. (Bohren et al., 2015)



## Violência obstétrica

*“A apropriação do corpo das mulheres e de seus processos reprodutivos por profissionais de saúde, expressa pelo tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e da habilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando de maneira negativa sua qualidade de vida” (Sadler et al., 2018, p. 66)*



Imagem obtida em <https://www.febraspo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>

## Marcos históricos

OMA (Organização Mundial de Saúde)

- 1985 - EXPRESSA PREOCUPAÇÃO SOBRE A MEDICALIZAÇÃO EXCESSIVA DO PARTO
- ELIMINAÇÃO DE ABUSOS, DESRESPEITO E MAUS-TRATOS DURANTE O PARTO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
- 2014 - EMITE A DECLARAÇÃO “PREVENÇÃO E ELIMINAÇÃO DE ABUSOS, DESRESPEITO E MAUS-TRATOS DURANTE O PARTO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE”

RELATÓRIO MUDANDO O PARTO (1993)

- DOCUMENTO INTERNACIONAL CRIADO PELO “DEPARTMENT OF HEALTH”
- Premissa: “as mulheres compreendem plenamente as suas opções e estão... aptas a tomar decisões livres e adequadas sobre a natureza da assistência à saúde” (Sadler et al., 2017)

A VENEZUELA (2007) É O PRIMEIRO PAÍS A DEFINIR O CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, NA LEI ORGÂNICA SOBRE O DIREITO DAS MULHERES A UMA VIDA LIVRE DE VIOLÊNCIA



## Marcos históricos

### INICIATIVA DE SERVIÇOS ACOLHEDORES PARA A MÃE E PARA O BEBÊ

- Elaborado em 2014 pela Federação Internacional de Ginecologistas e Obstetras (FIGO);
- Visa identificar condutas que são “abuso, coerção e negligência” para parturiente e para o bebê.



## Fundamentos:

### INTERVENÇÕES NÃO BASEADAS NA EVIDÊNCIA

#### DESRESPEITO E ABUSO DURANTE O PARTO

Bohren et al. (2015, organizou em 7 temas os maus tratos à mulher durante o parto, :

1. Abuso Físico
2. Abuso Sexual
3. Abuso verbal
4. Estigma e discriminação
5. Padrões não profissionais de assistência
6. Relação difícil entre mulheres e profissionais
7. Condições e restrições do sistema de Saúde



Imagem obtida em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/737-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>

## Fundamentos:

### EPISIOTOMIA E CESARIANA

*DAS INTERVENÇÕES MAIS COMUNS NO PARTO, CIRÚRGICAS, FREQUENTEMENTE USADAS EM MULHERES SAUDÁVEIS, SEM NENHUMA OU POUCA JUSTIFICAÇÃO*

*"The Economist" em 2015:*

*"O aumento global de partos por cesariana não é provocado por necessidade médica, mas pelo crescimento da prosperidade e pelos incentivos financeiros perversos recebidos pelos médicos. A preocupação com indenizações por má conduta é um dos principais fatores não médicos que influencia as intervenções excessivas. Mesmo quando as mulheres optam por "parto por cesariana" deve-se questionar sobre a qualidade da informação que receberam, reconhecendo que, em muitos países, apenas uma minoria das mulheres prefere parto por cesariana."*

*(Sadler et al. 2017)*



Imagem obtida em <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/797-posicionamento-oficial-do-ministerio-da-saude-sobre-o-termo-violencia-obstetrica>

**Fundamentos:**

*Deitei e ainda questionei novamente, porque eu já havia falado em todo o pré-natal que eu não queria episiotomia. Mas não adiantou.*

**RELAÇÃO DIFÍCIL ENTRE MULHERES E PROFISSIONAIS**

- Baixa escolaridade, falta de conhecimento de procedimentos utilizados durante o parto
- Origem e condição socioeconômica
- Barreira linguística, dificuldades na comunicação

**(Bernardo & Coutinho, 2020)**

*Deitei, coloquei os pés nos apoios, ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou - "Não cortou muito, doutor?" - e ele fez que não com a cabeça.*

## Direitos:

### ASSOCIAÇÕES QUE ACOMPANHAM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM PRESTAÇÃO DE APOIO JURÍDICO E PSICOLÓGICO

PROJETO MAL ME QUER  
<https://malmequer.webnode.com.pt/>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E NO PARTO  
<https://associacaogravidezeparto.pt/>

Deitei, coloquei os pés nos apoios, ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou - "Não cortou muito, doutor?" - e ele fez que não com a cabeça.

## Direitos:

### EVENTOS QUE INTEGRAM PRÁTICAS DE VIOLÊNCIA OBSTETRICA PARA A ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA PELOS DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E NO PARTO

QUALQUER EXAME DE OBSERVAÇÃO / AVALIAÇÃO NÃO NECESSÁRIO E NÃO CONSENTIDO, TAL COMO:

- Descolamento de membranas;
- Enema ou tricotomia;
- Perfusão venosa e administração de qualquer fármaco, analgesia, ou anestesia;
- Dilatação manual do colo do útero ou rutura artificial de bolsa;
- Instrumentalização do parto;
- Cesariana ou dequitação manual;
- Manipulação do períneo;
- Episiotomia;
- Condução ativa da terceira fase do trabalho de parto;
- Administração de fármacos / suplementação ao RN;
- Separação da mãe / RN

## Direitos:

### DIREITOS DA MULHER NA GRAVIDEZ E PARTO

- Todas as mulheres têm direito a serem bem tratadas e estarem fora de perigo;
- Todas as mulheres têm direito à informação, consentimento informado ou recusa informada e respeito pelas suas escolhas e preferências;
- Todas as mulheres têm direito à privacidade e à confidencialidade;
- Todas as mulheres têm o direito a serem tratadas com dignidade e respeito;
- Todas as mulheres têm o direito à igualdade no tratamento que recebem, e a não serem discriminadas;
- Todas as mulheres têm direito a serviços de saúde;
- Todas as mulheres têm o direito à liberdade, autonomia, autodeterminação e liberdade de coação.

Deitei, coloquei os pés nos apoios, ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou - "Não cortou muito, doutor?" - e ele fez que não com a cabeça.

(Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2020)

LEI Nº110/2019

## Direitos:

### Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

- 1 - Diligencie pela eliminação de práticas de violência obstétrica, como a manobra de Kristeller e a episiotomia de rotina.
- 2 - Realize um estudo nacional anónimo sobre práticas de violência obstétrica, incluindo o «ponto do marido».

Aprovada em 28 de maio de 2021.

"Resolução da Assembleia da República nº 181 de 28-06-2021," 2021)

Deitei, coloquei os pés nos apoios, ele fez a episiotomia. Meu marido, nesse momento, questionou - "Não cortou muito, doutor?" - e ele fez que não com a cabeça.

As grávidas e parturientes continuam, em muitos hospitais portugueses, impedidas de ter acompanhante durante consultas, internamentos, parto e pós-parto, a pretexto da pandemia por COVID-19;

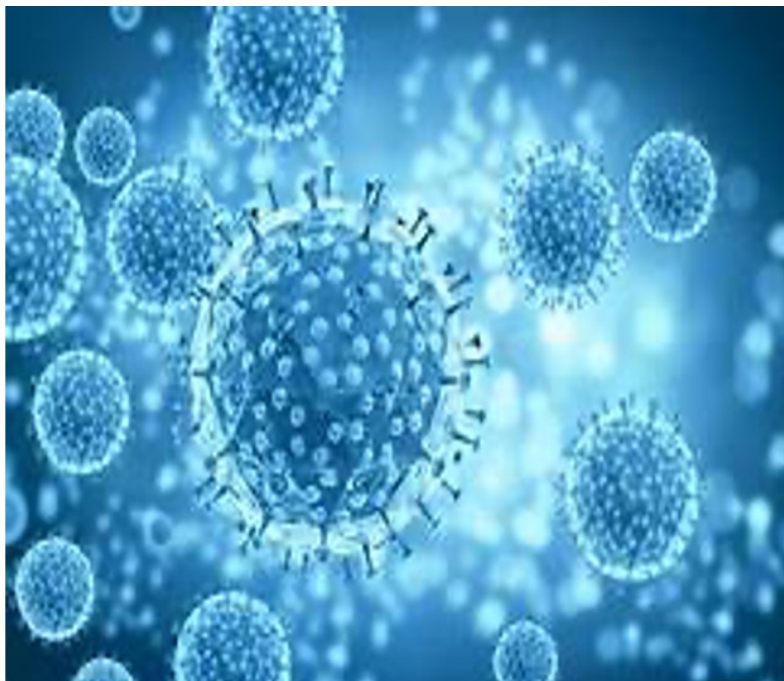
Os direitos da mulher em Portugal são também claros neste sentido. O acompanhamento no momento do parto encontra-se regulado na lei tal como já descrito;

A violência obstétrica traduz-se na perda de autonomia das mulheres, num momento de tamanha importância e único das suas vidas;

OMS defende que em tempo de Pandemia por Covid-19:

“Todas as mulheres grávidas e seus recém-nascidos, incluindo aquelas com infeções confirmadas ou suspeitas de COVID-19, têm direito a cuidados de alta qualidade antes, durante e após o parto, incluindo cuidados de saúde mental.”

**O RN NÃO DEVE SER RETIRADO À MÃE AINDA QUE ESTA SEJA POSITIVA PARA SARS-COV-2  
“ O CONTATO PRÓXIMO E A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA PRECOZE AJUDAM O BEBÊ A SE DESENVOLVER.”**  
(OMS, 2020)



## BIBLIOGRAFIA

- Decreto de Lei n.º 150/2019 de 9 de Setembro, Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09 (2019)
- Behrén, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lubin, D., Meili, S. R., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Dhill, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javali, D., Ouedraogo, O. T., Khondro, R., Hendin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1–32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Carriell, F., da Silva Vital, D., & Dal Piero de Souza, T. (2019). Epistémia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. *Journal of Nursing & Health*, 9(2), 1–18. <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i2.14425>
- Carvalho, L. C. V., & Camêro, M. (2014). Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*
- Comissão Nacional do UNESCO-Portugal. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. [https://www.ofp.pt/app/uploads/2019/06/declaração\\_universal\\_sobre\\_bioética\\_e\\_direitos\\_humanos.pdf](https://www.ofp.pt/app/uploads/2019/06/declaração_universal_sobre_bioética_e_direitos_humanos.pdf)
- Dias-Tello, F. (2017). Cicatrizes invisíveis: a violência obstétrica nos Estados Unidos. *Reproductive Health Matters*, 24(34), 34–42
- Health, N., & Alliance, W. R. (2015). *International Journal of Gynecology and Obstetrics Mother – Baby Friendly Birthing Facilities Initiative*. 128, 93–94
- OMS. (2014). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Acedido em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14\\_23\\_por.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14_23_por.pdf?ua=1)
- Organização Mundial da Saúde. (2020). Doença por coronavírus (COVID-19): gravidez e parto. Acedido em: <https://www.who.int/>, <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-pregnancy-and-childbirth>
- Portugal, Associação Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). Experiências de Parto em Portugal Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. Acedido em: <http://Associaçãogravidezparto.pt>
- Projecto Mal Me Quer. (n.d.). Abuso obstétrico. <https://malmequer.webnode.com.pt/>, Retrieved November 14, 2020. Acedido em: <https://malmequer.webnode.com.pt/abuso-obstetrica/>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Leivo Rojas, G., Sikoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2017). Para além do desrespeito e do abuso: as dimensões estruturais da violência obstétrica. *Reproductive Health Matters*, 24(27), 47–55
- Vacafior, C. H. (2017). Violência obstétrica: uma nova abordagem para identificar obstáculos ao acesso à saúde materna na Argentina. *Reproductive Health Matters*, 44–50
- Resolução da Assembleia da República nº 181 de 28-06-2021, 6.º Diário da República nº 123, Série I 6 (2021).
- Bernardo, G. F., & Coutinho, E. (2020). CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO OBSTETRA SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: SCOPING REVIEW. *in*.

O que fazer???

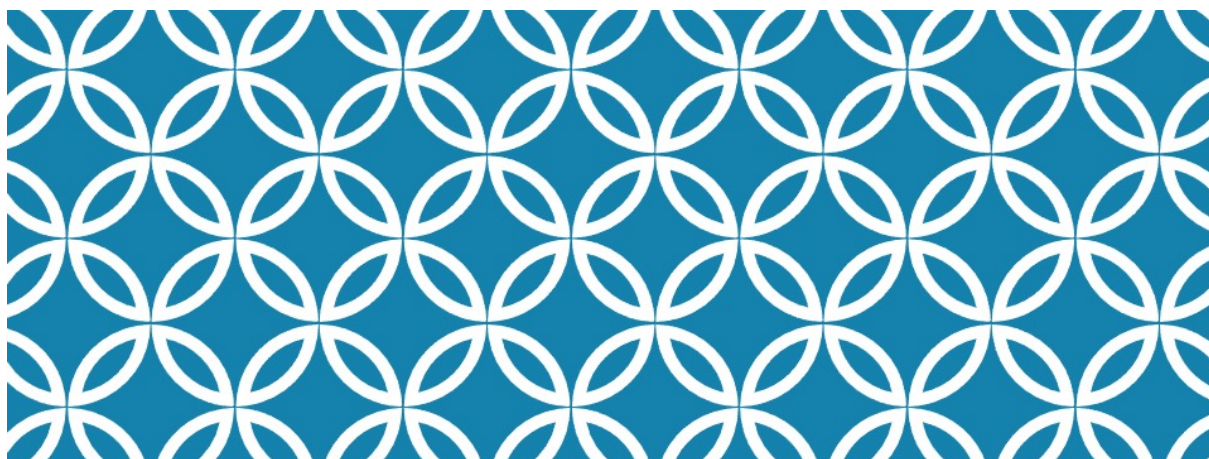
Conhecer

Empoderar

Plano de parto

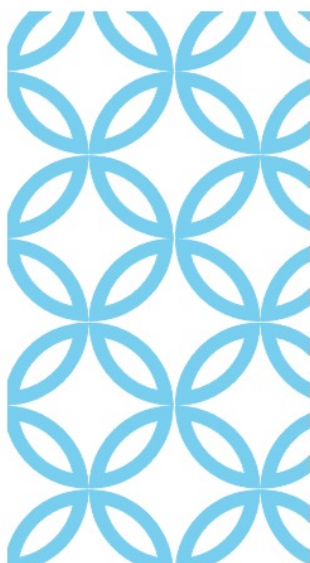


**Apêndice VI: (Apresentação: Plano de Parto)**



# PLANO DE PARTO

Do conhecimento à execução



Escola Superior de Saúde de Viseu  
Unidade Curricular de Estágio com Relatório final  
Contexto de Vigilância da Saúde da Grávida

6.º Curso de Mestrado Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia  
11.º Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Elaborado por:  
Enf. Gisela Bernardo  
Enf. Isabel Martins

---

VISEU, 2 DE DEZEMBRO DE 2021

## SUMÁRIO

Experiência Positiva de Parto

Recomendações Organização Mundial de Saúde

Executar o plano de parto



## FOCO NO QUE INTERESSA PARA A MULHER

A mulher quer uma experiência positiva de parto que preencha ou supere as suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais (WHO, 2018)

---

Parto normal/natural

---

Apoio de um acompanhante durante o parto

---

Equipa de saúde sensível, gentil, respeitadora e carinhosa

---

Desejo de estar no controlo

---

Mãe e bebe saudáveis



World Health  
Organization

## A OMS (2018) RECOMENDA:



Cuidados centrados na Mulher, respeitadores, que preservem a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, livres de dano ou mau trato e promotores da decisão livre e informada com suporte contínuo durante o trabalho de parto e parto:

- Independentemente do risco
- De acordo com os direitos humanos, numa perspetiva de diminuição da mortalidade e morbilidade materna

## A OMS (2018) RECOMENDA:

Comunicação efetiva entre a Mulher e os profissionais de Saúde durante o parto, usando métodos simples e aceites culturalmente

- Apresentação dos profissionais de saúde à mulher e acompanhante
- Dar a informação necessária, à mulher e família, de uma forma clara, concisa, evitando termos clínicos, podendo usar material de apoio para esse efeito
- Responder às necessidades da mulher, suas preferências e questões com uma postura positiva
- Assegurando que os procedimentos são devidamente explicados à mulher e que o consentimento verbal é obtido aquando do exame pélvico e outros procedimentos

Um companheiro da **escolha da Mulher** durante o trabalho de parto e parto



World Health  
Organization

## A OMS (2018) RECOMENDA:



Informar a mulher sobre o trabalho parto e parto

- Duração
- Características
- Monitorização
- Posições
- Episiotomia
- Manobra de Kristeller
- Técnicas de indução e aceleração do TP
- Corte do cordão umbilical
- Tração controlada do cordão
- Massagem Uterina



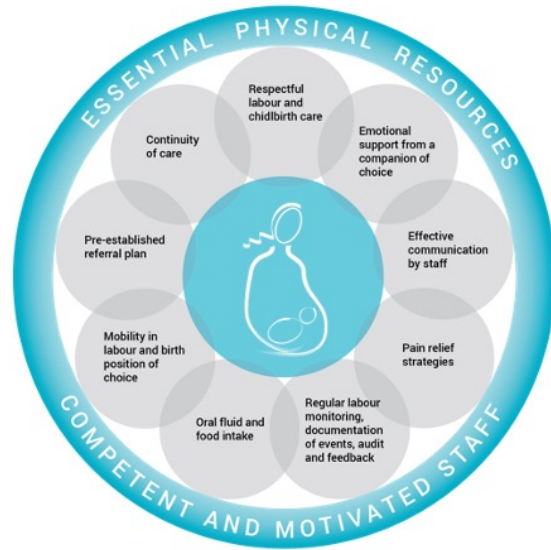
## A OMS (2018) RECOMENDA:

Informar a Mulher sobre as técnicas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor

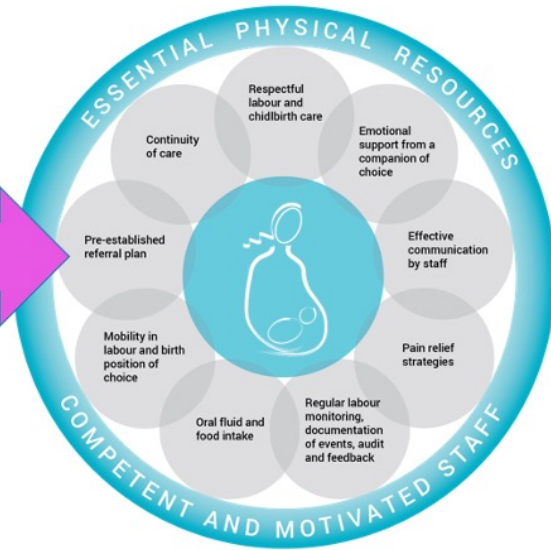
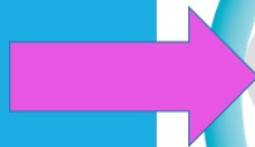
Informar a Mulher sobre o cuidado ao RN:

- Contacto pele a pele
- Amamentação precoce
- Injeção vitamina K

A OMS (2018)  
RECOMENDA:

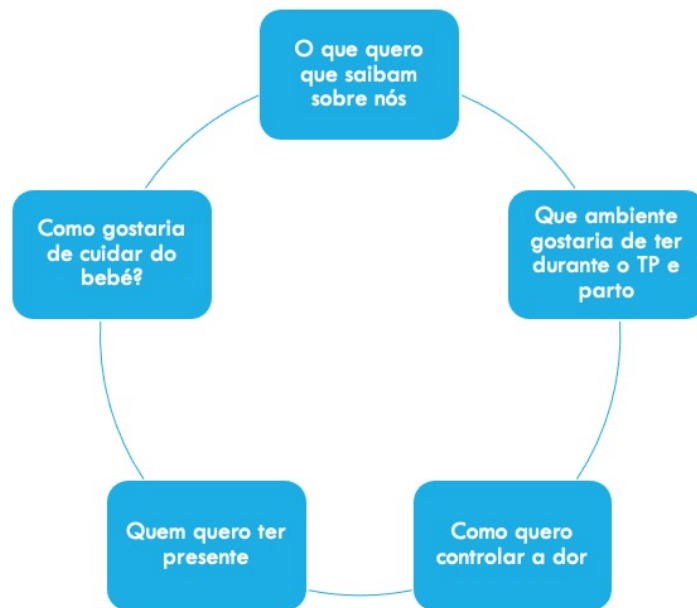


A OMS (2018)  
RECOMENDA:



## PLANO DE PARTO

### Expectativas



## PLANO DE PARTO

### Apresentação

<p><b>Identificação da Grávida e acompanhante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os nomes: Para que os profissionais saibam por que nome gostariam de ser tratados</li> <li>A idade</li> </ul>
<p><b>Gravidez</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Onde foi seguida</li> <li>Data provável de parto</li> </ul>
<p><b>Qual a filosofia de parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Partos anteriores (caracterizar)</li> <li>Se natural</li> <li>Se normal</li> <li>Cirúrgico</li> </ul>
<p><b>Expectativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Como esperam interagir com a equipa</li> <li>Como esperam ser recebidos pela equipa</li> </ul>

## PLANO DE PARTO

### Primeira fase do trabalho de parto As contrações

#### Medidas não farmacológicas

- Duche quente
- Caminhar
- Massagem
- Ouvir musica
- Ver os seus filmes
- Usar a Bola de parto
- Massagen
- Rebozzo
- Usar o próprio foco de visualização
- Luz suave
- Outras.....

#### Medidas farmacológicas

- Analgesia epidural

## PLANO DE PARTO

### Primeira fase do trabalho de parto As contrações

#### Conforto

- Silêncio
- Ingestão de líquidos claros
- Monitorização externa intermitente
- Outras.....

#### Privacidade

- Numero limitado de pessoas no quarto
- Observações pélvicas estritamente necessárias

## PLANO DE PARTO

### Segunda fase do trabalho de parto O Parto

#### Posição

- Em quatro apoios
- Apoiada na barra da camara
- Deitada com apoios
- Deitada com estribos
- Outra....

## PLANO DE PARTO

### Segunda fase do trabalho de parto O Parto

#### Quando o bebe nasce..

- Quem gostariam que cortasse o cordão?
- Gostariam de contacto pele a pele?
- Gostariam de amamentar assim que possível?
- Gostariam que antes de contactar com o bebe ele fosse envolto num lençol?
- Fosse colocado um gorro no bebe?
- Quem gostariam que colocasse a primeira fralda?
- Outras....

## PLANO DE PARTO

### Situações inesperadas

#### Quando é necessário mudar o plano

- Sofrimento fetal
- Situação materna que se deteriora
- Distócias
- Perineo não elástico (risco laceração anus)
- Indicação clínica para Indução
- Outras....

## PLANO DE PARTO

### Situações inesperadas



BEM ESTAR  
MATERNO-  
FETAL

GOSTARIA DE ME MANTER INFORMADA SOBRE ALTERAÇÕES AO MEU BEM-ESTAR E DO MEU BEBÊ, QUE MEDIDAS A SER TOMADAS NESSAS CIRCUNSTÂNCIAS E QUE ME PEÇAM O CONSENTIMENTO

## PLANO DE PARTO

### Situações inesperadas

#### MEDIDAS

- Monitorização fetal continua
- Rutura artificial de membranas
- Indução do parto
- Instrumentação do parto
- Episiotomia
- Cesariana

## PLANO DE PARTO

### Obstetrícia

Se não houver intercorrências o bebe e a mãe ficam em alojamento conjunto 24h/dia

#### Aleitamento materno

- Pretende amamentar?

#### Quanto ao bebe

- Quero ser sempre informada dos exames a fazer ao bebe
- Quero estar presente em todos os exames
- outros

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WHO. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. In.





## Apêndice VII: (Instrumento de recolha de dados)

### Perceções dos enfermeiros obstetras sobre a Violência obstétrica

Cara/o participante:

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, estamos a realizar um estudo com o tema "Perceções dos enfermeiros Obstetras sobre Violência Obstétrica". São objetivos deste estudo, validar a escala PercOV-S (Mena-Tudela, Desirée; Cervera-Gasch, Agueda; alemany-Anchel, María José; andreu-Pejó, laura; González-Chordá, Victor Manuel, 2020) para a população portuguesa, identificar as perceções relativas à violência obstétrica pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, e analisar a relação entre as perceções dos Enfermeiros Obstetras com as variáveis de contexto sociodemográfico, formativo e profissional, pelo que se reveste de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário.

Assim, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) que exerçam a sua atividade como EEESMO, estão convidados a participar no estudo, através do preenchimento deste questionário. O tempo médio de preenchimento é de cerca de 15 minutos.

Em qualquer momento e por qualquer motivo, pode desistir de colaborar neste estudo, sem que essa decisão lhe acarrete qualquer prejuízo. Todos os procedimentos éticos subjacentes a esta investigação são rigorosamente cumpridos. Toda a informação será recolhida, guardada e tratada de forma confidencial e anónima, não sendo revelados quaisquer dados que possibilitem a identificação dos participantes. No final do estudo proceder-se-á à destruição dos dados.

O estudo dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), garantindo a segurança, o anonimato e a confidencialidade de todos os dados facultados pelas/os participantes, em todas as fases do processo. Este estudo segue, adicionalmente, as recomendações da Declaração de Helsínquia para a investigação científica.

Em caso de dúvida ou de necessidade de qualquer esclarecimento adicional, poderá contactar-nos através do e-mail: EEESMOviolenciaobstetrica@gmail.com

A equipa de investigação agradece o seu interesse e disponibilidade em participar no estudo.

Confirmando que li e compreendi a explicação que me foi fornecida relativamente ao estudo. Além disso, fui-me afirmado que tenho o direito de desistir a qualquer momento da minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para mim, e que todos os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Aceito participar voluntariamente e dou o meu consentimento para participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido(a) sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas

Investigadores:

Professora Doutora Paula Nelas (Investigador responsável)

Gisela Ferreira Bernardo (Estudante do 6º CMESMOG e 11º CPLEESMO)

Sexo:

Feminino

Masculino

Idade

\_\_\_\_\_ anos

Tempo de exercício profissional (anos completos):

\_\_\_\_\_ anos

Tempo de exercício profissional como EEESMO (anos completos):

\_\_\_\_\_ anos

Serviço onde exerce funções:

- Cuidados de Saúde Primários
- Puerpério
- Neonatologia
- Ginecologia
- Bloco de Partos
- Patologia da Gravidez
- Consulta Externa de Obstetrícia
- Consulta de IVG
- Outro \_\_\_\_\_

Formação Académica:

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra \_\_\_\_\_

Formação no âmbito da Violência Obstétrica:

- Sim
- Não

Se respondeu sim à questão anterior, qual o número de horas da formação:

- 1 - 5h
- 6 – 10h
- 11 – 15h
- Outro \_\_\_\_\_

Se fez formação neste âmbito, qual foi o ano da última formação:

\_\_\_\_\_

Considera pertinente a formação em serviço sobre Violência Obstétrica:

- Sim
- Não

No atendimento que faz a casais, durante o ciclo gravídico/puerperal respeita as expetativas dos mesmos?

- Sim
- Não

Se respondeu não, refira os motivos:

- Falta de condições das instalações
- Falta de recursos materiais
- Protocolos institucionais
- Número elevado de utentes
- Falta de recursos humanos
- Barreira linguística
- Questões culturais
- Falta de conhecimento das utentes sobre os seus direitos
- Falta de conhecimento das utentes sobre os procedimentos a realizar durante o ciclo gravídico/puerperal

Outro \_\_\_\_\_

No seu local de trabalho existe formação sobre recomendações no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto?

- Sim  
 Não

O que considera ser Violência Obstétrica? (pode assinalar mais que uma afirmação)

- Não permitir acompanhante  
 Falta de privacidade  
 Não respeitar os direitos, expectativas e autonomia da mulher  
 Não existir confidencialidade  
 Não promover o consentimento informado, esclarecido e livre  
 Comunicação autoritária  
 Comentários não terapêuticos  
 Prestar cuidados à mulher sem informar  
 “Tocar” a mulher sem consentimento  
 Forçar um procedimento  
 Intimidar a mulher  
 Dispor pouco tempo para atender a mulher/casal  
 Uso de procedimentos desadequados  
 Uso de procedimentos não recomendados  
 Outro \_\_\_\_\_

Já presenciou Violência Obstétrica no seu local de trabalho?

- Sim  
 Não

Considera que os casais que assiste têm conhecimento sobre os vários domínios da Violência Obstétrica?

- Sim  
 Não

Se sim, considera-os capacitados para defender os seus direitos?

- Sim  
 Não

O seu serviço tem informação para a grávida/casal sobre Violência Obstétrica?

- Sim  
 Não

#### **PercOV-S (Mena-Tudela, et al, 2020)**

Avalie as seguintes afirmações de acordo com a sua perceção sobre o que é Violência Obstétrica, numa escala de 1 a 5 em que o 1 não é violência obstétrica e o 5 é efetivamente Violência Obstétrica

	1	2	3	4	5
Colocar acesso intravenoso					
Dirigir a posição da mulher					
Acelerar o processo de parto artificialmente					
Administrar de enemas de rotina					
Executar tricotomia genital de rotina					
Reforçar a posição de litotomia (ou seja, posição em que a paciente esta deitada de costas com as pernas apoiadas nos estribos de uma mesa cirúrgica ou cadeira)					
Permitir o acompanhamento durante o segundo estágio do trabalho de parto					

Cortar imediatamente o cordão umbilical					
Realizar amniotomia de rotina (ou seja, rutura artificial de membranas)					
Imobilizar a mulher					
Realizar exame pélvico sem consentimento					
Não questionar nível da dor					
Incentivar o uso de analgesia epidural					
Não preservar a privacidade					
Convencer a mulher a submeter-se a uma cesariana para terminar o trabalho de parto rápido e sem dor					
Não considerar a decisão da mulher					
Tirar fotos sem permissão					
Realizar episiotomia por rotina (ou seja, incisão no períneo de uma mulher em trabalho de parto)					
Dizer: “Você não sabe puxar”					
Executar a manobra de Kristeller (ou seja, pressão do fundo uterino no 2º estágio do trabalho de parto)					
Realizar episiotomia sem anestesia					
Proibir comer e beber					
Não fornecer cobertores/aquecimento durante o parto					
Dizer “Pare de reclamar; isto não é assim tão mau”					
Não deixar a mulher gritar					
Realizar uma cesariana devido a uma dilatação lenta					
Realizar uma cesariana de emergência sem consentimento					
Não permitir acompanhamento em caso de parto instrumentado ou cesariana					
Suturar uma laceração sem anestesia					
Separar a mãe do recém-nascido					
Permitir o contacto pele a pele após o exame pediátrico					
Levar o bebé para o berçário					
Dar leite adaptado sem o consentimento da mãe					

## Apêndice VIII: (Escala PercOV-S traduzida e validada)

**PercOV-S** (Bernardo, G. & Nelas, P., 2022)

Avalie as seguintes afirmações de acordo com a sua percepção sobre o que é Violência Obstétrica, numa escala de 1 a 5 em que o 1 não é violência obstétrica e o 5 é efetivamente Violência Obstétrica

	1	2	3	4	5
Dirigir a posição da mulher					
Acelerar o processo de parto artificialmente					
Administrar de enemas de rotina					
Executar tricotomia genital de rotina					
Reforçar a posição de litotomia (ou seja, posição em que a paciente esta deitada de costas com as pernas apoiadas nos estribos de uma mesa cirúrgica ou cadeira)					
Cortar imediatamente o cordão umbilical					
Realizar amniotomia de rotina (ou seja, rutura artificial de membranas)					
Imobilizar a mulher					
Realizar exame pélvico sem consentimento					
Incentivar o uso de analgesia epidural					
Não preservar a privacidade					
Não considerar a decisão da mulher					
Realizar episiotomia por rotina (ou seja, incisão no períneo de uma mulher em trabalho de parto)					
Dizer: “Você não sabe puxar”					
Executar a manobra de Kristeller (ou seja, pressão do fundo uterino no 2º estágio do trabalho de parto)					
Realizar episiotomia sem anestesia					
Proibir comer e beber					
Não fornecer cobertores/aquecimento durante o parto					
Não deixar a mulher gritar					
Realizar uma cesariana devido a uma dilatação lenta					
Não permitir acompanhamento em caso de parto instrumentado ou cesariana					
Dar leite adaptado sem o consentimento da mãe					