



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**IX CURSO DE MESTRADO
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

Abigail Ferreira Pires Vieira

Coimbra, 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**IX CURSO DE MESTRADO
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**Violência obstétrica em situações de abortamento – um estudo exploratório sobre o
fenómeno em Portugal**

Abigail Ferreira Pires Vieira

Orientadora: Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira

Coorientadora: Professora Mestre Teresa Maria Campos Silva

Relatório final de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Coimbra, 2022

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que ao longo desta caminhada se fizeram presentes, contribuindo para que um sonho se tornasse realidade, deixo o meu profundo agradecimento.

À Professora Doutora Rosa Maria dos Santos Moreira, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por ter-me orientado, incentivado e apoiado, aproveitando e fazendo surgir novas oportunidades de enriquecimento pessoal, profissional e académico.

Aos Docentes do IX Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pelo seu papel importante na minha formação enquanto estudante.

Aos meus colegas de trabalho e chefes de serviço do Hospital Litoral Alentejano e do Hospital de São Bernardo que me apoiaram e facilitaram nas trocas/horário a fim de conseguir assistir às aulas presenciais e cumprir os horários de estágio.

Às Enfermeiras Tutoras, que me orientaram durante os estágios e proporcionaram momentos de aprendizagem inesquecíveis. Foram um exemplo a seguir.

A todos os Profissionais de Saúde que contribuíram no meu processo de aprendizagem durante os estágios.

Às participantes do estudo, pela sua dedicação e preenchimento dos questionários sobre um tema por si só difícil e íntimo.

À minha família, em especial aos meus pais, John e Venília, pelo seu amor, exemplo e apoio incondicional. Amor que se prolongará até à eternidade.

Ao meu marido, Edgar, presente de Deus, agradeço pela sua paciência, incentivo, carinho, companheirismo em toda esta jornada.

A Deus por tornar diariamente o impossível no possível.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APF – Associação de Planeamento Familiar

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

BP – Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIRMA – Centro de Infertilidade e Reprodução Medicamente Assistida

CPP – Curso de preparação para o parto/parentalidade

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intra Uterino

DPN – Diagnóstico Pré-natal

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

EBSCO – Elton B. Stephens Company

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ER-ESMO – Estágio com relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FC – Frequência Cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – The International Federation of Gynecology and Obstetrics

HELLP – Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUC – Hospital Universitário de Coimbra

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IST'S – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVG – Interrupção Voluntária da gravidez

MESMO – Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RCT – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TP – Trabalho de parto

TPNNI – Rastreio Pré-natal Não Invasivo

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIRN – Unidade de Cuidados Intensivos para Recém-nascidos

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UICISA: E – Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Local

VO – Violência Obstétrica

WHO – World Health Organization

RESUMO

O relatório final de estágio, inserido na unidade curricular estágio com relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESEnFC, surge com o intuito da obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A Violência Obstétrica (VO) pode ser definida como qualquer ato de desrespeito ou agressão direcionado à mulher. Sendo um problema que envolve os profissionais de saúde, a grávida, o bebé e a família, com impacto em toda a comunidade. Este tipo de violência contra a mulher numa fase específica da sua vida, a gravidez, tem por base a violação daqueles que são os direitos humanos da mulher, considerado um atentado à saúde pública, que não é valorizada tanto quanto a outras formas de violência de que as mulheres são vítimas. A VO que pode ocorrer em diferentes momentos da gravidez, parto, pós-parto e aborto, constitui um problema presente nas unidades de saúde e praticado pelos profissionais de saúde, tornando-se importante refletirmos sobre as práticas que afetam o cuidado integral e humanizado da mulher, onde são poucos os autores que exploram a VO em situações de abortamento.

Objetivo: Identificar formas de VO contra as mulheres nos processos de abortamento, e as características sociodemográficas dessas mulheres.

Materiais e métodos: Trata-se de um estudo exploratório, retrospectivo e descritivo, tendo sido recolhido dados através de um questionário elaborado com o recurso ao Google Forms, partilhado no Facebook. As participantes do estudo foram mulheres com idade igual ou superior a dezasseis anos que vivenciaram pelo menos um processo de abortamento nos últimos dois anos, com atendimento em serviços de saúde em Portugal.

Resultados: No presente estudo foram 100 as mulheres que aceitaram participar no questionário, no entanto apenas 28 participantes, tiveram algum episódio de aborto nos últimos dois anos. Durante os processos de abortamento mais de metade das participantes procurou assistência em Hospitais Públicos. O tipo de aborto com maior prevalência é o aborto espontâneo. A idade mínima de quem respondeu ao presente questionário era 22 anos e a idade máxima de 43 anos. Mais de metade das participantes tinham como

escolaridade o ensino superior e profissões ligadas à área da saúde. A prevalência do concelho de residência no momento do aborto 43% residia na região Centro. Relativamente à forma de manifestação da VO nos processos de abortamento 24,4% mencionou ter sido alvo de abuso psicológico. Quando questionadas sobre os profissionais de saúde que participaram com atos de VO apontaram para o médico como promotor desses atos.

Conclusão: A VO em Portugal, ocorre maioritariamente nas unidades de saúde públicas. Dentro dos diversos tipos de aborto, a VO tem maior incidência nas situações de interrupção médica da gravidez, onde o profissional de saúde que mais se destaca como promotor da VO é o médico. Verificou-se também que quanto maior a idade e a escolaridade, maior a probabilidade de incidência de abusos, uma vez que estas estão mais despertas para distinguir situações de violência. Nos processos de abortamento, o abuso psicológico e a falta de informação sobre os cuidados/procedimentos são as formas de VO mais comuns. Em suma, VO em situações de abortamento merece ser estudada e valorizada assim como qualquer outra forma de violência contra a mulher.

Palavras-chave:

Violência Obstétrica; Aborto; Direitos da Mulher; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

The final internship report, inserted in the curricular unit internship with report in Maternal and Obstetric Health Nursing at ESEnFC, comes with the aim of obtaining a master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Obstetric Violence (OV) can be defined as any act of disrespect or aggression women directed. It is a problem that involves health professionals, the pregnant woman, the baby, and the family, with impact on the entire community. This type of violence against women at a specific stage of their life, the pregnancy, is one form of violation of women's human rights. It is considered an attack on public health, which is not valued as much as other forms of violence that women are victims. OV, which can occur at different pregnancy stages, childbirth, postpartum and abortion, is a problem present in health units and perpetrated by health professionals, making it important to reflect on practices that affect the integral and human care of women. There is still not enough articles exploring obstetric violence in abortion situations.

Objective: Identify forms of OV against women in abortion processes, and the sociodemographic characteristics of them.

Materials and methods: This is an exploratory, retrospective and descriptive study, having collected data through a form prepared using Google Forms, shared on Facebook. The study participants were women aged 16 years or over who had experienced at least one abortion process in the last two years, served by health services in Portugal.

Results: From a total of 100 women that have participated in the present study, only 28 participants had an abortion episode in the last two year. During the abortion processes more than half of the participants sought assistance in Public Hospitals. The most prevalent type of abortion was miscarriage. The minimum age of those who answered this form was 43 years old. More than half of the participants had higher education and health-related professions. The Center region verified the higher rate of abortion, around 43%, when considering the participants 'home residency. The way which obstetric violence manifested itself in abortion processes 24,4% mentioned having been the target of psychological abuse. When asked about the healthcare workforce subgroup who

perpetrated acts of OV, most of the times the physician was referred as the promoter of these acts.

Conclusion: OV in Portugal occurs mostly in public health units. Among the different types of abortion, OV has a higher incidence in situation of medical termination of pregnancy, where the health professional group who stands out the most as a promoter of OV is the doctor. It was also found that the greater the age and education, the greater the probability of incidence of abuse since they are more awake to distinguish situations of violence. In abortion processes, psychological abuse and lack of information about care/procedures are the most common forms of OV. In short, obstetric violence in abortion situations deserves to be studied and valued as well as any other form of violence against women.

Keywords:

Obstetric Violence; Abortion; Women's Rights; Obstetric Nursing.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	23
1.1. Cuidados de Saúde Diferenciados	23
1.2. Cuidados de Saúde Primários	25
2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS	27
PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA	51
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	53
1.1. Definição de VO	53
1.2. VO na gravidez e aborto	55
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	61
2.1. Tipo de estudo	62
2.2. População e amostra	62
2.3. Recolha de dados	64
2.4. Procedimentos formais e éticos	65
2.5. Análise de dados	66
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	67
3.1. Características sociodemográficas das participantes	67
3.2. Conhecimento das participantes sobre VO	70
3.3. Formas de VO nos processos de abortamento	72
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	77

CONSIDERAÇÕES FINAIS 81

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 83

APÊNDICE I

Consentimento Informado e Instrumento de recolha de dados

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das participantes em função do número de abortos nos últimos dois anos.....	63
Tabela 2 - Distribuição das participantes em função do local de assistência no processo de aborto.....	63
Tabela 3 - Distribuição das participantes em função do Tipo de aborto(s)	64
Tabela 4 - Distribuição das participantes em função do grupo etário	67
Tabela 5 - Distribuição das participantes em função da Escolaridade.....	68
Tabela 6 - Distribuição das participantes em função da Profissão/Ocupação	68
Tabela 7 - Distribuição das participantes em função de dados étnico-raciais.....	69
Tabela 8 - Distribuição das participantes em função de ter acompanhante quando ocorreu o(s) aborto(s)	69
Tabela 9 - Distribuição das participantes em função da região do conselho de residência no momento do aborto	70
Tabela 10 - Distribuição das participantes em função de ter ouvido falar sobre VO	70
Tabela 11 - O que as participantes ouviram falar sobre VO	71
Tabela 12 - Distribuição das participantes em função de terem sido alvo de VO durante a assistência ao aborto nos serviços de saúde	72
Tabela 13 - Distribuição das participantes em função da forma de VO	73
Tabela 14 - Distribuição das participantes em função do profissional que participou nos atos de VO.....	74
Tabela 15 - Sentimentos das participantes quando perceberam ser alvo de VO	74
Tabela 16 - Marcas ou consequências relacionadas com a situação de VO vivenciada no(s) processo(s) de abortamento	75

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ER-ESMO) do segundo ano do IX Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), para obtenção de grau de Mestre. Neste sentido, este estágio integra duas componentes: a componente de estágio e a componente de investigação. Na componente de estágio, demarcada pelo período de aprendizagem no qual se destina o desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), desenvolveram-se conhecimentos e boas práticas no domínio da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) avançada, que possibilitam dar resposta no domínio da saúde da mulher inserida na família e comunidade, no que diz respeito à promoção da saúde, prevenção, tratamento de doença, recuperação e reabilitação.

Na componente investigativa, decidimos aprofundar o conhecimento sobre o fenómeno da VO, que atualmente tem sido alvo de interesse na sociedade em geral, que tem vindo a denunciar situações preocupantes que têm ocorrido nos contextos profissionais onde se presta assistência à mulher na gravidez, parto e no pós-parto. Enquanto futura ESMO, consideramos fundamental entender a realidade a partir de evidências. Apesar de constatarmos que a VO tem sido muito enfatizada no momento do parto, consideramos que esta também poderá ocorrer para além do bloco de partos (BP).

A VO é entendida como um tipo de violência contra a mulher numa fase específica que é a gravidez. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017) a violência contra a mulher “constitui um grave problema de saúde pública e uma violação dos direitos humanos das mulheres”. Desde 1993 que se aborda a necessidade da eliminação da violência contra a mulher. A OMS baseia-se na definição da Organização das Nações Unidas (ONU) que afirma que “a violência contra as mulheres é qualquer ato de

violência de gênero que resulta ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico (...), incluindo ameaças do ato, coerção ou privação da liberdade” (WHO, 2012, p. 1). No entanto, como refere Castro e Frías (2019, p. 1) “a violência obstétrica não tem recebido o mesmo interesse que outras formas de violência contra a mulher”. Daí a importância de dar visibilidade e resposta a este problema que é a VO.

Sendo um problema presente nas unidades de saúde, praticado pelos profissionais de saúde, torna-se importante refletir sobre as práticas que poderão comprometer o cuidado integral e os direitos de quem assistimos. A existência de VO quando praticada, negligenciada ou ocultada pelo enfermeiro especialista põe em causa a garantia de “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140, 2019, p. 4746), competência contemplada no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Outras competências, contempladas no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, poderão ser postas em causa perante a prática, negligência ou ocultação de situações de VO, no que diz respeito a falhas no cuidado da mulher inserida na família e comunidade nos períodos pré-natal, natal e pós-natal (Regulamento nº 391, 2019, p. 13561). Esta problemática alerta-nos para não sermos promotores nem coadjuvados no que diz respeito à VO.

A VO tem sido um problema alvo de estudos recentes por vários países, verificando-se que o foco da VO aparenta incidir nos tipos de violência física e abusos verbais sobretudo no momento do parto. Todavia, sentimos que seria relevante explorar a presença deste fenómeno em situações em que a mulher poderá estar em situações de maior vulnerabilidade, como as situações de abortamento. Neste sentido, definiram-se os seguintes objetivos:

- a) identificar formas de VO contra as mulheres nos processos de abortamento;
- b) identificar as características sociodemográficas de mulheres que vivenciaram VO nos processos de abortamento;
- c) verificar o conhecimento sobre VO de mulheres que já tiveram uma experiência de abortamento.

De acordo com a natureza dos objetivos, o tipo de estudo desenvolvido foi exploratório, retrospectivo e descritivo.

O trabalho encontra-se dividido em Introdução, Parte I referente à componente de estágio, aquisição e desenvolvimento de competências da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Parte II referente à componente investigativa e Considerações Finais.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

A componente de estágio decorreu durante um período de 35 semanas, em diferentes contextos e serviços, com o principal objetivo o desenvolvimento das competências específicas na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. De seguida passamos a contextualizar as instituições/serviços, onde decorreu o estágio em cuidados de saúde diferenciados na maternidade e em cuidados de saúde primários na comunidade.

1.1. Cuidados de Saúde Diferenciados

O estágio em cuidados de saúde diferenciados decorreu em diferentes instituições/unidade de cuidados.

Foi num Hospital da Margem Sul, em Almada, onde desenvolvemos maior parte das competências, passando pelo BP, Internamento de Grávidas e pelo Puerpério. Reconhecido como um hospital de apoio perinatal diferenciado e um hospital amigo dos bebés tem um grande número de partos, rondando os três mil partos por ano, possuindo também um conjunto metodológico de trabalho com base na humanização e satisfação de quem assiste. Para tal, é valorizada a privacidade, o conforto, a segurança, o acompanhamento da grávida pela pessoa de referência, a promoção da relação precoce da tríade, a realização de visitas guiadas à instituição, valorização do parto normal e promoção do aleitamento materno. A especialidade de obstetrícia, que se dedica ao acompanhamento da gestação, do parto e pós-parto, subdivide-se nas seguintes áreas: internamento de grávidas, internamento de puerpério, consulta externa, urgência ginecológica-obstétrica, BP e bloco operatório. O serviço de Ginecologia e Obstetrícia dispõe de várias consultas entre quais: a consulta de contraceção, consultas de obstetrícia diferenciadas e para todas as grávidas na fase de peri-parto; preparação para o nascimento e parentalidade, diagnóstico pré-natal de referência (com elaboração de

geneticista), reprodução medicamente assistida, consulta de puerpério especial e a consulta de IMG.

No que diz respeito aos exames complementares de diagnóstico que poderão ser feitos durante a gravidez, o Serviço disponibiliza o exame ecográfico, colposcópico e urodinâmico.

O BP é constituído por quatro unidades de parto, uma sala de dilatação, uma sala de cuidados imediatos ao recém-nascido (RN), duas salas operatórias e uma sala de cuidados especiais. A equipa multidisciplinar do BP incorpora enfermeiros EESMO, enfermeiros generalistas, obstetras, anestesistas e neonatologistas.

O Internamento de Grávidas é um serviço composto por sete enfermarias destinadas a grávidas, sendo duas destas para as grávidas em indução do trabalho de parto (TP), uma enfermaria para utentes de senologia e duas enfermarias para utentes de ginecologia. O internamento de grávidas recebe no serviço excecionalmente, quando o Puerpério não tem vagas, puérperas cujos RN estão internados noutros serviços. O serviço é constituído por enfermeiros generalistas e enfermeiros EESMO.

O Puerpério é um serviço destinado exclusivamente ao internamento de puérperas e recém-nascidos, onde duas enfermarias são destinadas a puérperas sem RN. O serviço é composto por enfermeiras generalistas, uma enfermeira EESMO e uma enfermeira especialista em Saúde Infantil.

Outra instituição onde desenvolvemos o estágio em cuidados de saúde diferenciados foi no serviço de Consultas Externas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). A missão desta enquanto instituição de saúde passa pela prestação de cuidados de saúde diferenciados e de qualidade elevada aos seus utentes, em articulação com as diferentes unidades de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde; a prestação de cuidados decorrentes de redes de referência europeia e de acordos internacionais; a formação dos profissionais de saúde e a integração de redes e consórcios académicos clínicos internacionais ou nacionais. A consulta externa assiste a grávidas de baixo risco e de risco, com patologia associada ou concomitante à gravidez. Neste serviço existem várias consultas: as de vigilância pré-natal de baixo risco, as consultas de vigilância pré-natal de risco encaixadas nas especialidades de hematologia, endocrinologia e nefrologia, as consultas de interrupção voluntária da gravidez (IVG), as consultas de interrupção médica da gravidez (IMG) e as consultas de Diagnóstico Pré-natal (DPN). A equipa

multidisciplinar é composta por enfermeiros EESMO, uma enfermeira especialista em saúde infantil, equipa médica de diversas especialidades, profissionais formados nas áreas de psicologia e em nutrição, assistentes sociais e auxiliares de ação médica.

1.2. Cuidados de Saúde Primários

O Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACES Arrábida) é composto por Unidades Funcionais divididas em Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e Unidades de Saúde Familiar (USF).

No desenvolvimento do estágio integrámos a USF, a qual se destaca pela sua estrutura física, um edifício recente e moderno. A localização desta Unidade de Saúde é caracterizada pelo seu fácil acesso via pedonal e pela proximidade à estação de comboios, com uma distância inferior a 1 km. Ademais, os utentes dispõem de transporte social gratuito que faz a ligação entre vários pontos da freguesia ao centro de saúde.

A missão da USF passa por garantir a acessibilidade, globalidade, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde de forma personalizada. Como visão pretende o reconhecimento dos utentes como sendo uma unidade de apoio, um elo orientador das necessidades bio-psico-socioculturais de quem assiste, através do exemplo de competência e qualidade nos cuidados de forma personalizada e sustentável.

Na USF, dos sete enfermeiros que compõem a equipa, existe apenas uma enfermeira EESMO. A enfermeira EESMO, à semelhança dos outros enfermeiros, tem atribuído um médico de família com a respetiva lista de utentes, acabando por assumir cuidados na área de saúde infantil, na área da saúde do adulto, na área da saúde da mulher e na área da saúde do idoso. Como enfermeira EESMO assume um papel de suma importância na equipa, onde é responsável por esclarecer dúvidas da equipa na área da Saúde Materna e da Saúde da Mulher, assim como identificar e colmatar as necessidades da sua área de especialização.

2. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS

O enfermeiro especialista é reconhecido pelas suas competências técnicas, científicas e humanas, refletidas nos cuidados de enfermagem, cuidados estes que são especializados, ao serem assumidas competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas dependendo da área de especialização (Regulamento nº 140/2019, p. 4744).

As Competências Comuns que nos propusemos a desenvolver em contexto de estágio foram atingidas da seguinte maneira:

a) **do domínio da responsabilidade, profissional, ética e legal**, tendo presente o respeito pelos direitos humanos e dos utentes, o cumprimento dos aspetos contidos no Código Deontológico. Durante todo o processo de admissão, internamento e consultas, atendemos a utentes de várias nacionalidades ou etnias, adolescentes, jovens, adultos e idosos, onde procurámos respeitar as vontades individuais quer do utente quer da família, prevalecendo a liberdade de decisão, a ausência de discriminação e juízos de valor, a garantia do sigilo, intimidade e privacidade durante todos os cuidados.

b) **do domínio da melhoria contínua da qualidade**, procurámos desde início conhecer os protocolos de cada serviço e projetos em desenvolvimento. Constatámos a existência de planos de melhoria contínua da qualidade dos serviços, nos quais procurámos participar de forma ativa. Destacamos por exemplo, a participação no preenchimento da folha de qualidade adotada pelo serviço “maternidade com qualidade”, observámos um processo de auditoria interna aos Registos Cardiotocográficos (RCT’s) e conhecemos os processos de auditoria recentes relativos às pulseiras de identificação do RN e a intenção da criação de novos processos de auditoria relativos ao aleitamento materno. Tivemos também a oportunidade de aplicar escalas, nomeadamente a escala de morse e braden, assim como participar nos registos de forma eficiente na plataforma de

serviço. As participações sistemáticas nestas atividades institucionais exigiram o conhecimento integral das diretivas, que visam a qualidade e a melhoria contínua, tendo presente a evidência científica e os indicadores/instrumentos que promovem a continuidade e qualidade dos cuidados. Deste modo contribuímos para manter os elevados padrões de qualidade presente nos cuidados de cada instituição. Desenvolvemos os seguintes projetos que contribuíram para a melhoria dos cuidados nos serviços: “o cantinho da amamentação” e o projeto “visita domiciliária de enfermagem pós-natal”. Estes projetos surgiram perante a identificação de oportunidades de melhoria, tendo por base a evidência científica. Foram projetos que prometeram a melhoria da qualidade dos cuidados, com impacto na saúde da mulher e da comunidade em que se encontra inserida, com benefícios para as diversas instituições de saúde e até para a própria economia.

c) **no domínio da gestão dos cuidados**, tivemos a oportunidade de observar os diferentes papéis e funções de todos os membros da equipa, efetuando o pedido de colaboração consoante a área de atuação. Observámos as funções dos chefes de equipa na resolução de problemas internos, problemas relacionados com os familiares dos utentes e a forma de distribuição dos utentes pela equipa de enfermagem. Fizemos reuniões, com os chefes e coordenadores dos serviços, questionando as suas funções e os papéis que geralmente assumem. A formação em serviço foi uma das áreas relevantes, para a melhoria da qualidade dos cuidados, que podemos conhecer. Percebemos que é importante a identificação das necessidades da equipa na elaboração do projeto de formação em serviço dirigido a todos os elementos da equipa, exigindo que a equipa tenha a mesma oportunidade de participar na formação. As formações do serviço podem englobar só a equipa de enfermagem como envolver toda a equipa multidisciplinar, onde são realizados por exemplo simulações conjuntas. A chefia cria equipas conforme a experiência e as características pessoais de cada enfermeiro, nomeia chefes de equipa. É responsável pela gestão dos recursos humanos, escalas, horários, supervisão dos cuidados, pedido de material e controlo da reposição. Ademais, gere conflitos da equipa de enfermagem, da equipa multidisciplinar, interpares, dos utentes, do ministério público, do gabinete do cidadão e da entidade reguladora da saúde. Dá resposta aos pedidos de esclarecimento vindos externamente sobre as atividades do serviço via email. Salientamos que qualquer Enfermeiro EESMO deverá conhecer o funcionamento da gestão do serviço, visto que poderá ter que assumir funções na gestão de cuidados e

paralelamente funções na gestão do serviço, mesmo que esporadicamente. Apesar de cada chefe de equipa ser o elemento que inicialmente faz a gestão dos recursos humanos dentro da equipa, cabe a cada enfermeiro EESMO a gestão de cuidados e a capacidade de colaboração conforme as necessidades que vão surgindo, a fim do trabalho em equipa ser eficaz. Ainda no âmbito da gestão dos cuidados, organizávamos os cuidados tendo em conta os critérios de priorização dos cuidados, o atendimento personalizado do cuidado indo de encontro às necessidades individuais de quem era assistido, os recursos existentes e a área da atuação de cada elemento da equipa, distinguindo os papéis e funções de cada membro da equipa. Assumimos a reposição de material e a gestão do material, minimizando desperdícios e o uso desnecessário de material.

d) **no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, fomos em conjunto com a enfermeira orientadora de cada estágio, semanalmente, refletindo sobre as atividades desenvolvidas e aspetos de melhoria. Procuramos participar ativamente em todas as atividades dos serviços, procurando melhorar de forma contínua de modo a conseguir desenvolver as aprendizagens necessárias à prática profissional especializada autónoma.

Durante a componente de estágio prevê-se o desenvolvimento de competências específicas que compõem as experiências mínimas previstas na Lei nº 25/2014, de 2 de maio, sendo elas as seguintes:

- *Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;*
- *Vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;*
- *Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos (...)*
- *Participação ativa em partos de apresentação pélvica – em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;*
- *Prática de episiotomia e iniciação à sutura – A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos – A prática da sutura inclui a suturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;*

- *Vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situações de risco;*
- *Vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;*
- *Observações e cuidados a recém-nascido que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;*
- *Cuidados a mulheres que apresentem patologias do domínio da ginecologia da obstetrícia.* (Guia Orientador – Componente de estágio, 2021, p. 14-15).

Ao longo da componente de estágio ultrapassamos aquelas que são as experiências mínimas previstas na Lei nº 25/2014, de 2 de maio. Resumidamente, realizamos 1261 consultas de grávidas e exames pré-natais, 549 vigilância e cuidados a parturientes, 51 partos eutócicos, assistimos a 111 grávidas de risco e a 28 parturientes de risco, realizamos 1219 vigilância e cuidados a parturientes e recém-nascidos.

Relativamente às **competências específicas do EE-ESMO** que desenvolvemos em contexto de estágio, destacamos o *cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional*. Desta forma desenvolvemos várias atividades para atingir as unidades de competência a que nos propusemos inicialmente. De seguida apresentamos, de forma resumida o que foi desenvolvido:

- a) **“Promove a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcepcional”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13561), **“diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar durante o período preconcepcional”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13561), e **“providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13562)

Para o desenvolvimento destas competências contribuíram as experiências decorrentes das consultas de planeamento familiar, assim como a oportunidade de colaborar no desenvolvimento de estratégias com o objetivo de aumentar a literacia das utentes.

A consulta de planeamento familiar foi a experiência que mais desenvolvemos e a que mais vezes consta no registo de experiências realizadas em estágio. Das diversas consultas realizadas, tivemos a oportunidade de acompanhar mulheres com idades variáveis, incluindo jovens com a idade mínima de 16 anos que iriam iniciar a sua vida sexual. Neste âmbito, surgiram oportunidades de promover a saúde sexual com estes diferentes grupos-alvo, aproveitando o momento de consultas de planeamento familiar. Para além do esclarecimento de dúvidas de âmbito sexual, participámos na divulgação de informação sobre os métodos contraceptivos existentes na unidade de saúde, a sua utilização, indicações e contra-indicações de cada método.

Verificámos que a pílula, era o método contraceptivo mais fornecido durante as consultas de planeamento familiar, seguido do preservativo. Também tivemos a oportunidade de participar na remoção e na inserção do implante subcutâneo (Implanon).

As consultas de planeamento familiar tinham por base o Consenso sobre Contraceção 2020, pelo que considerámos que seria importante reforçar a divulgação dos diferentes métodos contraceptivos ao dispor da mulher/casal. Neste sentido, decorrendo da necessidade identificada de organizar os diferentes métodos contraceptivos disponíveis, de forma a que os mesmos pudessem estar acessíveis para demonstração às utentes, organizamos uma forma de conseguir fazê-lo durante as consultas de planeamento familiar. Separamos os métodos contraceptivos, agrupando-os pela via de administração e constituição, garantindo que as utentes durante a consulta poderiam visualizar os métodos contraceptivos existentes, assim como facilitaria a demonstração de como são colocados, sobretudo o Dispositivo Intra Uterino (DIU), o Anel vaginal e o Implante. Desta forma, conseguimos contribuir para promover a literacia em saúde, assim como a autodeterminação das utentes.

Sabíamos que as consultas de planeamento familiar são frequentadas sobretudo por mulheres e constatámos essa mesma realidade nas experiências em estágio. Neste sentido, tentámos durante as consultas de planeamento familiar, nas jovens e nos casos identificados com comportamento de risco, sensibilizar para a responsabilidade mútua do parceiro íntimo no planeamento familiar. Os problemas que identificámos durante as

consultas, relativos à sexualidade, não refletiram a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde. Nas consultas de enfermagem a avaliação inicial e a colheita de dados facilitaram no diagnóstico precoce, identificámos situações de riscos, como a não contraceção nos casais do mesmo sexo ou em casais que referiram ter tido poucos parceiros íntimos ao longo da vida. A prevenção de complicações nestes casos passa pela desmitificação e empoderamento de quem assistimos promovendo a literacia em saúde.

Foram realizadas 108 consultas no âmbito da contraceção e planeamento familiar, 26 consultas de atendimento a jovens, 32 consultas de rastreios do cancro do colo do útero, onde pudemos realizar citologias, 3 consultas para assistência pré-concepcional de baixo risco, 3 consultas de assistência à mulher/casais com problemas sexuais, de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis (IST's).

Outra das competências específicas do EE-ESMO ao longo dos diversos campos de estágio passou por *cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*. De seguida identificamos resumidamente o que foi desenvolvido:

- a) **“Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, “diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” e “providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13562)

A promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal foi transversal aos diferentes contextos, quer nos cuidados de saúde primários quer seja nos cuidados de saúde diferenciados. Durante o período pré-natal tivemos a oportunidade de participar na promoção da saúde de grávidas de baixo, médio e alto risco, de feto único e gemelares.

Tivemos a oportunidade de participar em consultas de diagnóstico pré-natal, nos cuidados de saúde diferenciados, onde assistimos a grávida no processo de IMG, colaborámos na realização de rastreios de aneuploidia fetal nomeadamente nas amniocenteses e colheitas

de sangue para teste de rastreio pré-natal não invasivo (TPNNI). Colaborámos nas consultas de assistência a grávidas no âmbito da IVG, que segue as etapas da Associação para o Planeamento da Família e os princípios da Direção Geral da Saúde (DGS) presentes na Circular Normativa Nº: 9/SR, existindo no serviço um fluxograma para a interrupção da gravidez por opção da mulher.

No acompanhamento das consultas de interrupção da gravidez, estivemos especialmente focadas nas situações de cuidados geralmente associadas a presença de VO. Foi uma preocupação que tivemos ao longo do estágio, em respeitar os valores humanos presentes no Código Deontológico, assim como as orientações da OMS para que cada mulher/casal tivesse uma experiência positiva na gravidez, no parto e pós-parto. Nas situações de abortamento, apercebemo-nos que é uma situação em que os profissionais de saúde sentem maior dificuldade em lidar com as emoções. Também foi para nós uma situação em que percebemos a facilidade com que se podem emitir juízos de valor, subestimando-se a dor da perda de uma IMG. Ademais, o tempo das consultas de diagnóstico pré-natal, disponibilizado para estas mulheres/casal, nem sempre é o suficiente para permitir a expressão de emoções e o devido apoio emocional.

Durante o internamento foi outro momento onde pudemos assistir também a grávidas nos processos de abortamento o que nem sempre foi fácil, principalmente reconhecer as necessidades das mesmas. Sentimos sobretudo a necessidade de dar privacidade à expressão das emoções da utente, assim como compreendemos que também neste contexto é uma situação difícil para a equipa. Ao falarmos com os próprios elementos da equipa sobre esta dificuldade, sentimos que haveria necessidade geral na aposta de formação nesta área, no sentido de lidar com as situações de abortamento. Verificamos que existe um esforço dos enfermeiros em geral em atenderem às necessidades específicas das utentes nos processos de abortamento, tentando na maioria das vezes que haja um maior acompanhamento possível da mulher, abrindo exceções por vezes no que diz respeito às visitas. Mesmo assim, observámos as utentes num quarto isoladas muitas vezes quase que esquecidas. A inexistência de um plano de preferências da mulher/casal nestas situações concretas, parece dificultar o atendimento de acordo às suas expectativas, assim como dificulta a identificação dessas expectativas num momento de muita vulnerabilidade. Questionámo-nos até que ponto seria oportuno recolher informação sobre como a mulher/casal pretendia ser acompanhada durante todo processo de IMG,

quem a mulher desejaria que a acompanhasse, se pretendia ver o feto e como gostaria de o fazer, entre outras.

✓ **Consultas Pré-natais**

Foram várias as consultas pré-natais efetuadas, os tópicos abordados nas consultas seguiam os conteúdos presentes no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Assistimos grávidas de baixo risco com diferentes idades gestacionais. Para a avaliação do bem-estar materno-fetal procedíamos à avaliação dos sinais vitais da grávida, realização das manobras de Leopold, avaliação da altura do fundo uterino, avaliação do perímetro abdominal, auscultação da frequência cardíaca fetal (FCF), realização de RCT, avaliação dos parâmetros da urina, observação das análises e ecografias realizadas, preenchimento dos parâmetros do Boletim de Saúde da Grávida (BSG).

Na consulta externa realizámos consultas de assistência a grávidas de risco, seguidas nas consultas da especialidade de hematologia, endocrinologia, nefrologia. As patologias mais frequentes eram da diabetes gestacional e alterações da tiroide. Nas grávidas com diabetes gestacional eram realizados os ensinamentos sobre a alimentação, exercício físico, monitorização da glicémia capilar e autoadministração de insulina. Todas estas grávidas eram encaminhadas para o serviço de nutrição. As indicações relativas à alimentação seguiam o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Alimentação e Nutrição na Gravidez da DGS.

✓ **Assistência à mulher com patologia concomitante com a gravidez**

Na assistência à mulher com patologia concomitante com a gravidez, as patologias mais frequentes com que nos deparámos durante o internamento foram as seguintes: diabetes tipo I, diabetes gestacional, hipertensão induzida pela gravidez, hipotireoidismo, obesidade, infeções do trato genito-urinário, patologia cardíaca, patologia psiquiátrica, oligoâmnios, hidrâmnios e aloimunização Rh.

O internamento tem algumas rotinas no que diz respeito à avaliação do bem-estar materno-fetal. A avaliação e monitorização do bem-estar materno e fetal era feito com a avaliação dos sinais vitais uma vez turno, manobras de Leopold, auscultação da FCF, CTG uma a duas vez turno conforme indicação médica, antes da indução do TP e uma a duas horas após indução, ou em SOS sempre que a situação justificasse. Algumas das vezes tivemos oportunidade de realizar toque vaginal para avaliação das características do colo uterino. Nem sempre conseguimos avaliar a dilatação do colo uterino corretamente, mas compreendemos que é com a experiência contínua que poderemos adquirir maior destreza nesta avaliação.

Durante a admissão das grávidas para a indução do TP, realizada no turno da manhã, procedíamos ao acolhimento das grávidas no serviço e à avaliação inicial. Durante esse processo averiguava-se a intenção da mulher em amamentar, se frequentou os cursos de preparação para o parto e se tinha plano parto. Mesmo que não houvesse um plano parto físico incentivávamos a mulher, em conjunto com a equipa do BP, a transpor o que idealizou para o seu parto. Sentimos que conhecer as rotinas e procedimentos do BP da própria instituição facilitava nas questões/dúvidas das grávidas, promovendo o sentimento de segurança e confiança das mesmas.

Verificámos que, em todos os serviços, existiam panfletos que auxiliavam na educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudável durante a gravidez e a amamentação. Confirmamos que é relevante dispor destes materiais educativos, que complementam as intervenções durante as consultas pré-natais, as quais geralmente têm um tempo de duração muito curto.

✓ **Preparação para o parto e parentalidade**

As experiências na área da preparação para o parto e parentalidade, foram limitadas devido ao contexto de pandemia. Embora algumas das sessões fossem desenvolvidas através de meios digitais à distância, não tivemos essa oportunidade na unidade de cuidados de saúde primários. Na USF onde estagiámos os cursos de preparação para o parto e parentalidade (CPP) são assumidos por outra USF. Todavia, nas consultas de

saúde materna, procurámos encaminhar as grávidas/casais a partir das 22 semanas de gestação para esse CPP.

Apesar da USF ter condições físicas adequadas para iniciar os CPP tem uma limitação importante, a enfermeira especialista em ESMO assume a lista do médico de família que lhe é atribuída, acabando por não conseguir acompanhar as grávidas associadas aos restantes médicos família. Por isso, compreendemos que os CPP devem ser da responsabilidade das UCC, conforme orientação da DGS, onde a enfermeira especialista em ESMO pode coordenar este tipo de projetos dirigidos às grávidas e seus acompanhantes da área de abrangência do centro de saúde.

De forma a colmatar a inexistência de CPP na USF, participámos no Projeto Terna Aventura, projeto de extensão à comunidade da ESEnfC que promove CPP, tendo a oportunidade de conceber e implementar duas sessões onde promovemos exercícios de correção postural, flexibilidade e alongamentos na gravidez e pós-parto. Com esta experiência, conseguimos mobilizar os conhecimentos adquiridos no primeiro ano do curso, assim como conhecer as expectativas e adesão das grávidas/casais a este tipo de intervenções. Apesar de terem sido sessões *online* foi importante verificar como se pode ajustar a oferta de cuidados, usando da criatividade possível e das ferramentas digitais para conseguir dar resposta às necessidades da população alvo.

Durante o período pré-natal assistimos grávidas com o diagnóstico de placenta prévia, ameaça de parto pré-termo, rutura prematura de membranas, situações cujo diagnóstico exigiam o internamento. De forma a diagnosticar o mais precoce possível complicações pré-natais era fulcral a vigilância do bem-estar materno-fetal por meio de avaliação do CTG, avaliação de perdas hemáticas vaginais, perdas de líquido, informando a equipa médica de qualquer desvio da normalidade. Durante a monitorização CTG, surgiram situações onde o registo não era tranquilizador, exigindo uma rápida intervenção com encaminhamento imediato da grávida para o BP.

Durante o internamento eram identificadas situações onde se pedia a colaboração da nutricionista, por exemplo para as grávidas com diabetes insulina tratadas, ou onde a dieta pré-estabelecida não era do gosto da grávida. Outros encaminhamentos envolviam o pedido de colaboração da psicóloga e da assistente social.

Nos casos em que a grávida tinha alta clínica do serviço, esta era informada e orientada sobre os sinais e sintomas de risco, em que momentos recorrer ao serviço de urgência.

Outra competência específica do EE-ESMO é *cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*. Desta forma desenvolvi várias atividades para atingir as unidades de competência. De seguida, resumidamente, identificamos o que foi desenvolvido em cada unidade de competência:

- a) “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido á vida extrauterina”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13563)

A promoção da saúde da mulher num período específico que é o TP acontece sobretudo no BP. O BP é um serviço que não se rege por rotinas, pois contempla situações inesperadas e situações urgentes.

✓ **Plano de parto:**

Para promover a saúde da mulher durante o TP, tínhamo-nos proposto o conhecer os planos de parto de cada parturiente. A existência do plano de parto era dada a conhecer à equipa por parte da chefe, que os recebia de antemão via email. Os planos de parto eram lidos dias antes da admissão e discutidos em equipa. Verificava-se que: a maior parte dos planos eram iguais, parte da informação era copiada do mesmo sítio e a maioria do que era pedido já fazia parte das “rotinas” do serviço.

Confrontámo-nos com uma situação que nos chocou, quando um dos planos de parto referia ser a doula a pessoa responsável por todas as decisões da parturiente, que não queria ser questionada em momento algum. Questionámo-nos na altura se esta parturiente teria a noção de que assim acabava por ser manipulada pelas decisões de outra pessoa, não dando a conhecer as suas preferências ou as suas verdadeiras necessidades do momento. No entanto, na presença do plano de parto eram respeitadas as vontades da parturiente e não se realizavam qualquer tipo de comentário depreciativo junto da mesma.

Confrontámo-nos, por duas vezes, com planos de parto onde constava a não autorização para a presença de estudantes no parto. Nestas situações vigiávamos o TP, mas não participávamos no parto, de forma a respeitar a vontade das parturientes.

A maioria dos planos de parto eram exequíveis, no entanto nem sempre foi possível corresponder às preferências da mulher, como quando exigiam dois acompanhantes, devido à pandemia, não era permitido.

Às parturientes que não tinham planos de parto, procurámos saber sobre as suas vontades, nomeadamente sobre a posição que queriam adotar durante o parto, quem pretendiam que estivesse a acompanhá-las no parto, exercícios que gostariam de fazer, a música que gostariam de ouvir. Com isto, os cuidados eram personalizados, o acompanhante era envolvido e participava em todo o processo. Sentimos que, sobretudo nestas parturientes que acompanhámos durante o do TP, que assumimos um papel de extrema importância na promoção dos direitos da mulher mesmo sem plano de parto formal.

✓ **Criação de um ambiente seguro**

Tendo em conta que, a promoção de um ambiente seguro é importante nesta fase, tivemos em atenção a adequação do mesmo de acordo com as necessidades e preferências da parturiente. Neste sentido, adequávamos a luz e a temperatura do quarto abrindo as janelas ou providenciando cobertores, e controlávamos o ruído para que esta pudesse descansar. Também procurámos gerir o espaço físico, para permitir que as parturientes deambulassem mesmo em situações em que se procedia à monitorização CTG contínua com os *transducers*. Situações em que a telemetria não era suficiente para todas as parturientes. A gestão do ambiente nesta situação permitia que a parturiente pudesse, mesmo com estas limitações, deambular e realizar exercícios.

✓ **Técnicas de alívio da dor no TP**

Tivemos a oportunidade de promover medidas de suporte no alívio da dor, usando algumas estratégias não farmacológicas disponíveis nos locais de estágio, para aliviar os desconfortos na gravidez e progredir o TP, nomeadamente: motivá-las a ir tomar duche

com água morna, a realizar exercícios na bola de pilates, fazer caminhadas pelo serviço ou dançar. Já no que diz respeito às estratégias farmacológicas, administrávamos segundo indicação do obstetra os fármacos via endovenosa e colaborávamos na colocação de cateter epidural.

✓ **Empoderamento da parturiente e acompanhante**

Em tempo de pandemia o serviço, do BP, teve de se adaptar quer estruturalmente quer em relação ao acompanhamento da grávida. No entanto, a Covid-19 neste serviço não roubou às parturientes o direito de terem o seu acompanhante de referência no momento do parto, independentemente de este ter sido testado à Covid-19. Mesmo na ausência do teste da parturiente, que era tratada como um caso suspeito, o acompanhante podia assistir ao parto, devidamente equipado com os equipamentos de proteção individual como bata, máscara P2, sapatos de proteção e touca. Numa fase inicial, a entrada do acompanhante de referência era permitida no momento que a parturiente tivesse a necessidade de proceder aos esforços expulsivos, sendo uma escolha livre da parturiente de quem assistia ao parto, não limitando apenas ao companheiro/pai. Agora por último, o acompanhante passou a ser testado e aguardava em conjunto com a grávida o resultado do teste se estivesse num quarto individual. Também começou a ser possível o pai assistir à cesariana.

Em todos os momentos eram utilizados reforços positivos de forma a empoderar a parturiente e o acompanhante. Muitas das vezes durante o período expulsivo a parturiente dizia “eu não consigo”. Aí reforçávamos que os esforços que estava a fazer eram eficazes, dizíamos que já víamos o cabelo por exemplo, e se quisesse tocar na cabeça poderia tocar, o que servia de incentivo para continuar.

Ao acompanhante era permitido o corte do cordão umbilical e o contacto pele a pele. Quando questionávamos o pai se queria cortar o cordão e este se recusava ou a parturiente se encontrava sozinha, era permitido a esta o corte do cordão se assim o desejasse. No final do parto oferecíamos-nos para tirar fotografias à tríade, onde os pais se demonstravam felizes com este pormenor.

✓ **Adaptação do RN à vida extrauterina**

Avaliamos a adaptação do RN à vida extrauterina ao 1º, 5º e 10º minuto de vida, através do Índice de Apgar, que prevê a avaliação da frequência cardíaca (FC) do RN, da respiração, do tônus muscular, da cor e da irritabilidade reflexa. A observação física do RN acaba por ser feita de forma constante, uma vez que alterações na coloração, no tônus, do choro ou da temperatura são indicativos de alterações à adaptação do RN à vida extrauterina e da necessidade de rápida intervenção por parte do Enfermeiro e/ou do Neonatologista. Descrevemos mais intervenções que realizamos neste estágio, que permitem a avaliação do RN à vida extrauterina, descritas mais abaixo no tópico sobre a avaliação do bem-estar e assistência ao RN.

Conforme o idealizado pelos pais era promovido o contacto pele a pele na primeira hora de vida, assim como o aleitamento materno. O contacto pele a pele podia ser feito pela mãe e pelo pai. Nos primeiros dias de estágio, sugerimos que fosse permitido ao RN, através dos movimentos de reptação, procurar a mama, conforme o que foi ensinado nas aulas. Porém, não tivemos sucesso inicialmente. Num dos partos deixamos o RN no peito da mãe e verificamos realmente que este iniciava os movimentos de reptação. No entanto, nesse dia o serviço encontrava-se cheio e necessitava de vaga urgente para a entrada eventual de um caso suspeito. A nível futuro não temos dúvidas que o serviço estará mais sensível a esta questão.

b) “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido” (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13563)

De forma a diagnosticar e prevenir complicações tanto maternas como fetais procedemos a várias intervenções que planeámos previamente num Projeto de estágio. Um dos objetivos que não conseguimos cumprir foi o conhecimento do tipo de pelve de cada parturiente através de ecografias anteriores, por estas não estarem presentes no processo clínico da grávida. As formas de medição da pelve e exercícios para ampliar o estreito superior e o estreito inferior de modo a facilitar o TP eram realizados. Constatámos ainda que, uma das enfermeiras especialistas do serviço tinha conhecimento de um role de

exercícios que não conhecia. Gostaria de ter aproveitado um dos dias do estágio só para observar os vários exercícios que realiza. No entanto, isto não foi possível devido à incompatibilidade do horário.

✓ **A avaliação do bem-estar materno e fetal**

A monitorização CTG era realizada de forma contínua, onde o registo de CTG se tranquilizador permitia a sua desmonitorização, para a grávida ir ao duche e alimentar-se; a avaliação dos tipos de traçados, tendo por base a FCF, a variabilidade, a presença de acelerações/desacelerações, a resposta fetal às contrações uterinas, eram determinantes na avaliação e interpretação do bem-estar fetal, permitindo identificar situações que exigiam uma rápida atuação; o toque vaginal era realizado só quando necessário, com o consentimento da mulher, vigiava-se a saída e características do líquido amniótico e a existência de perdas hemáticas vaginais.

✓ **Avaliação do bem-estar e assistência ao RN**

De forma a garantir o bem-estar do RN tivemos em atenção as diversas formas possíveis de perda de calor do RN, antecipando o fecho das janelas na parte final do período expulsivo. Garantimos que o contacto pele a pele era concretizado imediatamente após o parto, de acordo com a preferência da mulher, e procedíamos à avaliação do índice de apgar ao 1º, 5º e 10º minuto. Realizámos o exame físico inicial ao RN, a administração de vitamina K e profilaxia ocular nas situações em que a mãe tinha um Strepto B positivo. Observámos a avaliação do bem-estar do RN feito pelo neonatologista nas situações de cesariana, observámos a aspiração do RN e administração de O2.

Colaborámos na transferência de um RN em incubadora para a Unidade de Cuidados Intensivos para Recém-nascidos (UCIRN).

Ademais, assistimos ao RN pré-termo, com restrição do crescimento intrauterino e baixo peso.

c) **“Providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13563)

Durante o estágio tivemos a oportunidade de providenciar cuidados à grávida com diabetes crónica, diabetes gestacional, hipertensão arterial crónica, hipertensão arterial induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia e síndrome de HELLP, ameaça de parto pré-termo, oligoâmnios e hidrâmnios.

Procedemos, por indicação médica numa situação de um CTG não tranquilizador em que a equipa médica não entendia o motivo das desacelerações, a técnica de amnioinfusão.

Outros procedimentos que tivemos a oportunidade de realizar foram: a rutura artificial da bolsa de águas, a colocação da monitorização interna nas situações que a monitorização externa era duvidosa e assistência na colocação de *propess*, nas situações de indução do TP.

Observámos quatro cesarianas, uma delas tratava-se de uma gravidez gemelar onde o primeiro feto se encontrava na posição cefálica e o segundo feto na posição pélvica. Foi o primeiro parto pélvico que assistimos.

Colaborámos numa cesariana e em nove partos distócicos com a utilização de ventosa/fórceps.

Em alguns partos confrontámo-nos com situações de distocias de ombros, cervicais largas e cervicais apertadas. As situações mais complexas que nem sempre conseguimos resolver sozinhos, foi precisamente na distocia de ombros, precisando sempre de pedir ajuda a outros elementos da equipa de enfermagem/médica.

Por outro lado, num dos primeiros partos que realizámos, conseguimos identificar a retenção da placenta, tendo sido pedida a colaboração do obstetra que realizou a dequitação manual.

Ao longo do estágio não realizámos episiotomias, mas observámos a realização das mesmas e assistimos o médico obstetra na sutura do períneo. Ao nível futuro sentimos que, perante a eventual necessidade de realizar uma episiotomia, teremos de pedir a colaboração de algum colega. De facto, na unidade de cuidados onde estagiámos, é

notório a ausência de episiotomia mesmo nos partos pélvicos, resultante das escolhas dos enfermeiros ESMO, em proceder às boas práticas de proteção do períneo em vez de realização da episiotomia, que resultou na diminuição drástica das episiotomias no serviço de forma geral, propagando as boas práticas pelos obstetras do serviço. Foi importante termos a oportunidade de aprender a proteger o períneo sem a pressão de realizar uma episiotomia. Durante a execução dos partos foi possível identificar a presença de lacerações de grau I e II que tivemos de suturar.

As oportunidades de aprendizagem que tivemos permitiram que fossemos evoluindo e conquistando a autonomia junto da equipa multiprofissional. Esta evolução permitiu que pudéssemos colaborar com a equipa, contando como elemento na falta de enfermeiros e perante um turno complicado. Nestas situações, pudemos realizar de forma autónoma a admissão de uma grávida vinda do serviço de grávidas por um CTG não tranquilizador, aplicação do CTG, avaliação inicial, abertura do processo informaticamente, a transferência informática do CTG de grávidas para o BP e ainda a transferência de uma grávida do BP para o serviço de Grávidas por alteração favorável do bem-estar materno e fetal.

Outra competência específica do EE-ESMO que desenvolvemos, foi *cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*. Desta forma desenvolvemos várias atividades para atingir as unidades de competência. Agora, resumidamente, identificamos o que foi desenvolvido em cada unidade de competência:

d) “Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.”

(Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13563)

No contexto dos Cuidados Primários, para a promoção da saúde da mulher e do RN, não foi possível participar nas consultas de visita domiciliária. Contudo, tivemos a oportunidade de conceber e planear um projeto no âmbito da visita domiciliária de acordo com as necessidades encontradas pelo serviço da Consulta Externa. Com este projeto pretende-se a promoção da adaptação do pós-parto, desenvolvimento de competências parentais, promoção da saúde mental no pós-parto e

promoção/proteção/apoio ao aleitamento materno, promoção da vivência saudável da sexualidade, vigilância da evolução cicatricial de suturas no períneo e no abdômen, extração de material de sutura.

Também nos cuidados de saúde primários, tivemos oportunidade de acompanhar as consultas de saúde infantil, que seguiam os conteúdos do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Foi importante acompanhar os primeiros 28 dias do RN, em alguns parâmetros como evolução do peso e a continuidade da amamentação. Estivemos especialmente atentas aos sinais de alerta do RN, tipo de choro, alterações na amamentação e queixas da mãe relativas a alterações do estado de vigília e sono, ou suspeitas de intolerância ao leite. Desta forma, pudemos participar na identificação de problemas e na sua prevenção, sobretudo aqueles relacionados com a amamentação, através de intervenções de promoção da saúde.

Com base na necessidade identificada pela equipa da USF da existência de um cantinho da amamentação, iniciámos o Projeto Cantinho da Amamentação sob a orientação da Enfermeira EESMO, baseando-nos nas recomendações da Associação Mama Mater. O Projeto foi aprovado pelo conselho técnico e conselho geral, tendo ficado a aguardar aprovação pelo ACES. Consideramos que, contribuímos de forma positiva para a melhoria da qualidade dos cuidados, na área da promoção do aleitamento materno.

A nossa participação na promoção da saúde da mulher no período pós-natal, decorreu também no puerpério imediato durante o período de estabilização, ainda em contexto do BP, onde pudemos ensinar sobre cuidados ao períneo e sobre a amamentação. Assistimos as puérperas na amamentação. Os cuidados prestados no puerpério imediato são cuidados que estão limitados pelas duas horas que a puérpera fica no BP até ser transferida. Ademais, é um período em que se investe na promoção da adaptação da mãe e pai ao bebé real, respeitando a privacidade da tríade. Até porque, até há bem pouco tempo, no puerpério, devido à situação de pandemia por Covid-19, não eram permitidas as visitas dos pais, acabando por só existir este momento juntos até à alta hospitalar.

Apesar de trabalharmos num serviço de Puerpério considerámos pertinente acompanhar durante dois turnos as enfermeiras generalistas, de forma a compreender as rotinas e focar nas principais diferenças presentes nos cuidados entre o enfermeiro generalista e o enfermeiro especialista. A atuação do enfermeiro especialista distinguia-se pelo acompanhamento personalizado da puérpera e RN, o empoderamento da mulher neste

processo de adaptação à parentalidade, a disponibilidade e acompanhamento singularizado da puérpera no regresso a casa através de consulta de enfermagem via telefónica. Era a enfermeira ESMO que a equipa recorria em primeira instância em caso de alguma dúvida durante os cuidados à puérpera e ao RN, reconhecendo que era o elemento da equipa de enfermagem com conhecimento na área da saúde da mulher.

No que respeita à promoção da saúde do RN tivemos oportunidade, no internamento de puerpério, de prestar cuidados ao RN de baixo peso ou sobrepeso vigiando sinais de hipoglicémia e a glicémia capilar do RN conforme protocolo. Ainda participámos na decisão de introdução de leite de fórmula na alimentação do RN, quando os valores de glicémia indicavam essa necessidade ou na situação de mamar ineficaz, administrado por copo.

A promoção da saúde da puérpera no internamento, centrou-se nas necessidades identificadas, nomeadamente: alimentação, exercícios de recuperação pós-parto, sexualidade, contraceção, cuidados perineais, amamentação, complicações pós-parto, *baby blues* e alterações do estado psicoemocional no pós-parto, complicações decorrentes da amamentação, cuidados ao RN, sinais e sintomas de alerta que comprometam o estado de saúde da mulher e do RN que devem ser avaliados em urgência.

- e) **“Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13563)

No BP, de forma a diagnosticar o mais precoce possível complicações decorrentes do pós-parto, procedemos à monitorização de sinais vitais, à avaliação do globo de segurança de Pinard e características das perdas hemáticas vaginais (lóquios), procedendo à administração de ocitocina segundo protocolo do serviço. Desta forma, prevenimos as situações de hemorragia no pós-parto.

No internamento de puerpério, também agíamos na prevenção e controle de situações de risco, através do exame físico da puérpera. As complicações mais frequentes do pós-parto, que identificámos durante o internamento, foram sobretudo relacionadas com a amamentação. As situações de ingurgitamento mamário eram frequentes, pelo que a

prevenção de agravamento e tratamento foram onde tivemos especial atenção. Também intervimos na promoção da amamentação, através da educação para a saúde, assim como assistindo e apoiando as mulheres na correção da pega correta do RN ao mamilo, estimulando a mulher a realizar os cuidados adequados de proteção dos mamilos para prevenir e tratar situações de maceração e fissuras.

Colaborámos em projetos/programas de adaptação ao pós-parto e no desenvolvimento de competências parentais, a decorrerem no serviço de Puerpério. Todos os projetos/programas que participamos foram uma mais-valia no desenvolvimento de competências profissionais, na promoção da saúde da mulher e RN inseridos na comunidade, onde o Enfermeiro Especialista ESMO tinha visibilidade e autonomia perante quem assistia e perante a própria equipa multidisciplinar.

No internamento de puerpério, também prestamos cuidados ao RN através da observação física, na colheita de sangue para análises ao RN, aplicação de fototerapia e realização de translactação. Durante este percurso não tivemos nenhuma situação de reanimação ao RN ou algum tipo de situação em que este necessitasse ser aspirado.

No Puerpério, tivemos a oportunidade de colaborar com a enfermeira Especialista ESMO, a qual tinha o primeiro contacto com a mulher no dia da alta, assim como identificava em equipa a possibilidade da alta precoce das utentes do serviço. Esta gestão permitiu-nos compreender a razão da alta precoce, essencialmente para gerir a falta de vagas, e promover ao máximo a satisfação da puérpera, que anseia ir para o domicílio. Esta gestão implica a presença de critérios de elegibilidade, nomeadamente: puérperas e RN de parto eutócico com 36 horas de pós-parto ou cesariana com 60 horas de pós-parto, RN com duas avaliações do pediatra, RN adaptado à mama e sem complicações até ao momento da alta precoce. Outro critério importante considerado para a alta precoce, era o ACES a que a puérpera pertencia, dependendo se existia acompanhamento regular após a alta pela equipa do ACES. Neste sentido, as utentes elegíveis para a alta precoce, pertenciam preferencialmente ao ACES Almada-Seixal por existir acompanhamento pela equipa de enfermagem 24 horas após a alta através de teleconsulta. Nos casos das utentes de outros centros de saúde, antes da alta procedíamos à colheita do contacto telefónico e email, para a realização de teleconsulta por parte da Enfermeira Especialista ESMO no Puerpério. Desta forma, conseguimos realizar consultas de enfermagem via telefone 48 horas após a alta hospitalar, identificámos situações de risco para o RN relacionadas com o

aleitamento materno e que foram no momento corrigidas. De acordo com a orientação existente, no final da consulta foi solicitada autorização à mulher, para ser enviado por email um questionário que permite avaliar o atendimento pela Enfermeira Especialista ESMO e sugestões de melhoria. Da análise dos resultados, sobressaiu que a maioria das respostas fomentaram a importância de terem sido acompanhadas por uma Enfermeira Especialista ESMO no puerpério e sugeriram que a cada mulher seja alocada um Enfermeiro Especialista ESMO.

Ainda no serviço de Puerpério, antes da alta clínica, a mulher é informada dos recursos existentes na comunidade, orientada para questões ligadas ao diagnóstico precoce, consulta de saúde infantil, consulta de revisão pós-parto e registro do RN.

Em contexto de cuidados de saúde primários as complicações mais comuns identificadas durante a consulta no período pós-natal estavam relacionadas com a amamentação. Na mãe situações de ingurgitamento mamário e mastites. No RN situações de má pega com necessidade de correção. Esta experiência também nos fez compreender melhor a necessidade de acompanhamento após a alta, para apoiar a mulher nas situações em que ainda necessita de aconselhamento e vigilância, pelas equipas dos cuidados de saúde primários e/ou diferenciados.

- f) “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal” (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13564)**

Ainda no BP tivemos a oportunidade de experienciar uma situação complexa relacionada com violência do parceiro íntimo, situação que tem impacto na saúde da mulher, do feto e do RN. Foi importante conhecermos como a Enfermeira Especialista ESMO agiu perante este problema complexo, ajudando-nos a refletir sobre a melhor conduta a ter em situações semelhantes, de forma a garantir a segurança da mulher e RN.

Tivemos também a oportunidade de observar uma situação de emergência, hemorragia por atonia uterina, onde houve a necessidade de intervenção imediata e transferência da puérpera para a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Nas curetagens que observei verifiquei que as mulheres psicologicamente estavam afetadas. Na altura perguntei à enfermeira generalista que assiste no bloco operatório os tipos de apoios existentes na instituição e se fazem algum tipo de referenciação. O que se concluiu que o serviço não tinha capacidade de resposta para estas situações.

No *período do climatério* foram desenvolvidas diferentes unidades de competência que passo a descrever:

- g) “Promove a saúde da mulher apoiando o processo de transição à menopausa” e “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher durante o período do climatério”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13564)

Na assistência à mulher nos processos de transição saúde/doença ginecológica e climatério, facilitando o processo de transição e adaptação à menopausa, tivemos a oportunidade de realizar consultas de rastreio do cancro do colo do útero (RCC), que seguiam o Programa e o Manual de Procedimentos do Rastreio do Cancro do Colo do Útero da ARSLVT. Foram diversas as citologias que pudemos realizar. Nas consultas identificámos problemas decorrentes do climatério que afetavam a vida sexual, o que nos permitiu promover a educação para a saúde sobre a sexualidade no climatério e outras alterações do climatério.

Durante as consultas, também tivemos oportunidade de sensibilizar a mulher para o autoexame da mama. Neste sentido, para facilitar a demonstração deste exame, elaborámos diapositivos com imagens ilustrativas e também um vídeo educativo dirigido a este grupo-alvo.

As consultas tinham por base o Consenso Nacional de Menopausa da Sociedade Portuguesa de Ginecologia.

Nos processos de saúde/doença ginecológica desenvolvemos competências sobretudo em contexto de cuidados primários. Contudo no internamento de grávidas, onde parte do internamento destinava-se às especialidades de senologia e ginecologia, acabámos por desenvolver algumas unidades de competência adjacentes ao cuidado da mulher que

vivencia processos de saúde/doença ginecológica e durante o período do climatério. Assim sendo, tivemos a oportunidade de assistir a mulher no climatério, a mulheres com afeções da mama, do útero e do ovário. Tivemos conhecimento das rotinas pré-operatórias.

De seguida, passamos a descrever algumas unidades de competência em que mais desenvolvi atividades em contexto de saúde primários:

- h) “Diagnostica precocemente e previne complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13564)

As consultas tinham por base o Consenso Nacional sobre Uroginecologia da Sociedade Portuguesa de Uroginecologia documento com orientações sobre afeções do aparelho genito urinário. Nas consultas foram raras as complicações relacionadas com afeções do aparelho genito-urinário ou mama. Numa das consultas houve a necessidade de encaminhamento médico por identificação de alterações na mama, durante a palpação da mama, com saída de secreção pelo mamilo. As alterações a nível génito-urinário que tivemos oportunidade de acompanhar, foram situações de histerectomia por leiomiomas uterinos e infeções génito-urinárias. Pensando na prevenção de complicações, foi também possível intervir através de educação para a saúde durante as consultas, onde era reforçada a importância do autoexame da mama e a prática dos exercícios de kegel.

- i) “Providencia cuidados à mulher com afeções do aparelho genito-urinário e/ou mama e facilita a sua adaptação à nova situação”** (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13565)

De acordo com as complicações génito-urinárias encontradas orientámos e informamos e sobre os possíveis tratamentos, avaliámos a necessidade de encaminhamento e avaliámos complicações pós-cirúrgicas com necessidade de algum tipo de intervenção.

- j) “Promove a saúde do grupo-alvo”, “diagnostica precocemente e intervêm no grupo-alvo no sentido de prevenir complicações na área da saúde sexual e reprodutiva” e “intervém na minimização das causas de morbi-mortalidade materno-fetal” (Regulamento nº 391/2019, 2019, p. 13565)**

Em ambos os contextos de estágio foram desenvolvidos projetos de acordo com as necessidades da população, identificados pelos enfermeiros de cada instituição. Assim desenvolvemos os projetos, já anteriormente referidos, de visita domiciliária de enfermagem pós-natal numa maternidade da região de Centro, o cantinho de amamentação na USF e um instrumento de apoio dos métodos contraceptivos para a USF. Os projetos desenvolvidos respondem em parte a necessidades de enfermagem relativas à promoção da saúde sexual e reprodutiva, empoderamento da mulher em idade fértil, contribuindo para a redução das causas diretas e indiretas de morbidade materno-fetal.

PARTE II – COMPONENTE INVESTIGATIVA

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A revisão da literatura, que sustenta todo o enquadramento teórico, permite compreender a temática em estudo, responder de forma científica às questões de partida, assim como traçar objetivos de estudo (Moital, 2012).

Com o recurso à base de dados EBSCO, conseguimos encontrar vários estudos e artigos importantes para o desenvolvimento do projeto de investigação. O primeiro booleano utilizado foi “obstetric violence”, como limitadores a data de publicação de 2017 a 2020. Nesta primeira pesquisa avançada encontramos 142 documentos, tendo sido lido os resumos de cada um destes. No entanto, para a elaboração do enquadramento teórico, baseamo-nos em 9 artigos. O segundo booleano utilizado foi “induced abortion AND violence”. Nesta segunda pesquisa avançada encontramos 113 artigos, tendo sido lido os resumos de cada um destes. No entanto, para a elaboração do enquadramento teórico, baseamo-nos em 4 artigos. A incidência dos diversos estudos sobre o aborto centra-se no aborto induzido, tendo dificuldade em associar o aborto espontâneo e a VO.

1.1. Definição de VO

Como refere Ribeiro et al. (2020, p. 1) “a VO é fruto de uma opressão patriarcal que leva à redução, à repressão e à objetivação dos corpos femininos, limitando seu poder e suas maneiras de expressão. A mulher, nesse cenário, é destituída de sua identidade, fragmentada, deixando sua totalidade e passando a ser apenas um útero, em abrigo para o feto, uma máquina de fazer bebés”.

Este tipo de violência renasce quando o parto deixa de ser realizado em casa e passa a ser feito nas unidades de saúde, dando lugar a procedimentos invasivos, à instrumentalização,

à perda de autonomia da mulher e conseqüentemente o aumento de possíveis riscos para a mulher e para o seu bebê (Souza et al., 2019). O parto, e até a gravidez, que passam a ser vistos como processos patológicos devido a todos os riscos inerentes, justificando assim o uso das intervenções, que na realidade são desnecessárias, incrementam a VO (Souza et al., 2019).

A VO, pode ainda ser classificada como violência institucional, na medida em que esta é exercida nas unidades de saúde, “por ação ou omissão, incluindo desde a falta de acesso a serviços, até a má qualidade dos serviços e abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições” (Oliveira et al., 2019, p. 2).

Os profissionais de saúde têm atitudes discriminatórias durante o tratamento das complicações resultantes do aborto provocado. Como refere Madeiro e Rufino (2017, p. 2771) “as práticas de violência institucional na assistência ao aborto provocado violam o dever de acolhimento do serviço de saúde e impedem que as mulheres tenham suas necessidades de saúde atendidas.”

Com base na leitura dos diversos artigos o tipo mais comum de violência exercido varia de país para país. Por exemplo, no México é uma prática comum: a esterilização ou colocação de DIU sem consentimento da mulher, ou na existência de consentimento é obtido através do uso de pressão sobre a mulher de forma a assinar os consentimentos forçosamente (Castro & Frías, 2019). Outros exemplos específicos de VO passam pelo mau atendimento nos diversos serviços de saúde, o facto do profissional de saúde não se identificar, a falta de informação e a nível físico amarrar a parturiente (Souza et al., 2019). Já no Brasil, é a cesariana a intervenção apontada como sendo uma prática desnecessária e frequente (Souza et al., 2019).

Segundo Ribeiro et al. (2020, p. 4) uma “Publicação da OMS relata sete tipos de VO: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, falha em atender aos padrões profissionais de atendimento, baixa relação entre mulheres e profissionais e condições e restrições do sistema de saúde”.

1.2. VO na gravidez e aborto

O desrespeito, a negligência e situações de abuso são frequentes durante o nascimento ou processos de aborto. Estes tipos de práticas consideradas como uma violação dos direitos das mulheres agravadas pelo facto de se tratar de um período onde a mulher se encontra fisicamente, psicologicamente e socialmente numa condição vulnerável (Madeira, Pileggi, & Souza, 2017).

A VO é bastante enfatizada no momento do parto, no entanto esta ocorre noutros momentos durante a gravidez, durante o nascimento, no pós-parto e no atendimento em situações de aborto (Pauletti, Ribeiro & Soares, 2020). Outros autores defendem que a VO pode ocorrer, para além do supramencionado, durante a assistência pré-natal (Carvalho et al., 2019).

Assim sendo, na assistência pré-natal consta que os tipos de violência mais frequentes são os toques vaginais desnecessários, comentários humilhantes e a falta de acesso aos exames que são realizados no período pré-natal. Durante o parto os tipos de violência mais evidentes são a realização de cesarianas desnecessárias, exposição da grávida, episiotomia, uso de ocitocina para indução do TP de forma descontrolada, omissão da analgesia, posição durante TP desconfortável, comentários vexatórios, ausência de acompanhante.

Segundo Pauletti, Ribeiro e Soares (2020, p. 5) “a violência obstétrica pode ser identificada também em outras formas de tratamento à mulher durante o período gravídico-puerperal, como: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para com usuários; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em decurso de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico”.

No que diz respeito ao aborto, a percepção das utentes é que não têm informação à cerca dos procedimentos realizados, atendimento demorado, são vistas como criminosas (Carvalho et al., 2019). Outros relatos de mulheres que passaram pelo processo de aborto

sentiram por parte dos profissionais de saúde a VO e institucional presente em ameaças, no caso do aborto ilegal a denúncia à polícia, julgamento moral, negligência dos cuidados como falta de assistência no controlo da dor, nos casos de corretagem o tempo de espera é prolongado, ausência de consentimentos, violação da privacidade, desrespeito pela confidencialidade e nos casos de internamento são feitos em conjunto com as puérperas. Depara-se com a necessidade da criação de espaços destinados ao pós-aborto, pois as mulheres entendem como um fator discriminatório e punitivo o facto de terem de ouvir o bebé a chorar, depararem-se com um ambiente familiar de alegria e a visão da amamentação.

Num estudo realizado no Brasil, em 2019, sobre a perceção das multíparas acerca das suas experiências com a VO, 40% das mulheres entrevistadas revelaram terem sido vítimas de VO em momentos da vida reprodutiva distintos. A VO traduz-se muitas das vezes na banalização da dor sentida pela mulher. Mulheres vulneráveis, onde se enquadram mulheres com nível socioeconómico baixo, adolescentes, raça negra, sem acompanhante, sem vigilância pré-natal, prostitutas ou com hábitos de consumo, tendem a ser sujeitas a tratamentos mais rudes e humilhantes. A multiparidade também promove a VO (Ribeiro et al., 2020).

No México, no estudo de Castro e Frías (2019) verificaram que mulheres solteiras e divorciadas apresentavam maior risco de sofrerem violência, apesar de não ser permitido neste país, em hospitais públicos, a presença do homem na sala de partos. Mulheres com maior nível de escolaridade sofrem mais abusos, no entanto entende-se que estas estejam mais despertas e consigam distinguir situações de violência.

A VO ocorre com mais frequência em unidades de saúde públicas, relativamente às unidades de saúde privadas (Castro & Frías, 2019). Com base neste fator, a situação socioeconómica, pressupondo que quem recorre ao setor privado têm mais poder económico, influencia e reduz a prevalência da violência.

No que diz respeito à perceção das mulheres enquanto utentes, relativamente à presença de VO, parece existir uma espécie de banalização. A VO é vista como algo banal e natural, uma “piada” ou uma “brincadeira” dos profissionais de saúde. O desconhecimento por parte da mulher dos seus direitos sexuais e reprodutivos promovem a continuidade dos atos violentos presentes na assistência obstétrica (Ribeiro et al., 2020). Muitas grávidas desconhecem o que a VO abarca, reduzindo a VO a um tratamento mais áspero, pela

impaciência e desrespeito do profissional (Silva, et al., 2019). Ademais, a confiança que depositam nos profissionais de saúde como alguém que sabe e faz o melhor pelo seu utente, a fragilidade física e emocional do momento dificulta à mulher ter a noção se realmente foi vítima de VO (Ribeiro et al., 2020).

Ainda existe a ideia de que tudo o que o profissional de saúde diz é lei, principalmente profissional médico. A soberania do médico, ou seja, a decisão final médica só prevalece quando há evidência de risco iminente de morte, não se vendo livre de deliberações jurídicas e éticas à posteriori (Carvalho et al., 2019). Como refere (Souza et al., 2019, p. 4) “a mulher deixa de acreditar em seu próprio corpo e começa a acreditar que as intervenções são realizadas para salvar a sua vida e a de seu bebé”. As repercussões das intervenções abusivas por parte dos profissionais de saúde são perpetuadas fisicamente e negativamente nas expectativas e sonhos da mulher (Souza et al., 2019).

A mudança do modelo técnico e intervencionista enraizado na Medicina perdura há anos, sendo um processo lento e árduo. Há que inovar e implementar medidas capazes de prevenir e enfrentar todos os tipos de violência durante a gravidez, no parto e puerpério (Carvalho et al., 2019). Não esquecendo a importância destas medidas também nos processos de abortamento, independentemente da sua etiologia.

Algumas grávidas evitam recorrer às unidades de saúde para não serem alvo de VO (Aranda-Téllez & Yam-Chalé, 2020). Este ato de não recorrer às unidades de saúde podem colocar em causa o bem-estar materno-fetal, a identificação de situações de risco e o comprometimento da vigilância da gravidez. O medo, provocado pelas atitudes praticadas pelos profissionais de saúde, pode erguer uma barreira na utilização futura dos serviços de saúde quando necessário.

Por outro lado, alguns profissionais admitem e apercebem-se da existência de várias formas de VO tais como a “coação profissional para o nascimento via cirúrgica cesária, bem como violência psicológica, marcada pelo fornecimento de informações falsas, por ameaças e pela desqualificação das decisões da mulher” (Ribeiro et al., 2020, p. 5).

Na visão de Ribeiro et al. (2020, p. 5) “outra reflexão importante apontada por alguns autores fundamenta-se no paradoxo do exercício da VO por profissionais da saúde do sexo feminino, em alguns momentos identificadas como algozes, mais violentas que seus colegas homens no exercício da obstetrícia”.

Numa revisão integrativa sobre VO relatam as possíveis causas desta prática, sendo “justificada” pela sobrecarga horária, recursos humanos e materiais escassos, conhecimento desatualizado e sem bases em evidências científicas, falta de formação e fiscalização nas instituições. Ademais, o conceito de hierarquização profissional em que a formação sobrepõe os desejos da mulher, ainda assim muitos profissionais de saúde não reconhecem a VO, e quando acham que esta pode existir justificam-na como algo necessário (Souza et al., 2019).

Recentemente, vimos sobressair nos serviços de saúde que prestam assistência à mulher/casal na gravidez, parto e pós-parto, algumas práticas desrespeitadoras dos seus direitos. Sadler, Leiva e Olza (2020) consideram que a VO é um problema de saúde pública e uma forma de violência de gênero, sendo uma prática contínua presente nos sistemas biomédicos. Por outro lado, consideram que a recente pandemia por COVID-19, tornou-se um desafio nas unidades de saúde, obrigando a reajustes e medidas de combate à mesma, que se revelaram desnecessárias, nem sempre baseadas nas evidências científicas mais atuais e colocando em causa a dignidade e o respeito pelos direitos humanos. Sadler, Leiva e Olza (2020) revelam alguns detalhes atuais das práticas desrespeitadoras dos direitos da mulher/casal, durante a gravidez e pós-parto, nomeadamente: a ausência de acompanhante durante o parto, a instrumentalização indevida, as cesarianas desnecessárias e a separação da mãe e bebé ao nascer, impossibilitando a amamentação. Estes tipos de situações, fortemente implementadas durante a pandemia por COVID-19, prolongaram-se no tempo em algumas Instituições.

Relativamente à assistência à mulher em situação de abortamento, encontram-se menos referências a situações de VO, contudo a OMS (2019) alerta para as barreiras no acesso ao aborto, as quais incluem seguro incluem: leis restritivas, elevado custo, reduzida disponibilidade de serviços, objeção de consciência por parte dos profissionais de saúde, existência de requisitos desnecessários, entre os quais os períodos de espera e de aconselhamento obrigatórios, testes médicos desnecessários, fornecimento de informações enganosas e autorização de terceiros.

Assim, considera-se que é fundamental garantir que os direitos das mulheres, na gravidez ou em situações de abortamento, sejam respeitados por todos os profissionais de saúde. Em todos os contextos, que prestam assistência à mulher durante o ciclo reprodutivo, deve ser reforçado o empoderamento da mulher, informando-a sobre os seus direitos e sobre

os procedimentos e condutas recomendadas em cada situação de cuidados. Um exemplo de uma intervenção que promove o empoderamento da mulher, ajudando-a nas escolhas e nas suas preferências relativamente à experiência positiva de gravidez, parto e pós-parto, é o plano de parto. Segundo Ribeiro et al. (2020), os profissionais de saúde têm este dever, de estabelecer uma relação de confiança e de respeito, conhecer os desejos e as expectativas da mulher, incluindo-a nas decisões de forma informada.

Mainey, Mullan, Reid-Sear, Taylor e Baird (2020) consideram que, são várias as competências exigidas ao enfermeiro em obstetrícia, para lidar com o aborto de forma eficaz, nomeadamente a competência prática e a competência psicológica, tal como ter capacidade para uma comunicação que seja eficaz e empática.

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após o primeiro passo na investigação que passa por responder à pergunta “o que quero estudar”, surge as questões e os objetivos de investigação (Fontelles, Simões, Farias & Fontelles ,2009). Neste contexto, decidimos investigar sobre a VO em situações de abortamento enquanto um fenómeno que poderá ocorrer em Portugal. À semelhança do que foi abordado ao longo de todo o enquadramento teórico, a VO poderá ocorrer na vida da mulher em diversos períodos do ciclo gravídico-puerperal, incluindo situações de abortamento. A VO em situações de abortamento não tem sido alvo do mesmo interesse como as situações de VO no parto, no entanto consideramos que, a existir, poderá revelar-se um problema com grande impacto na saúde pública e na saúde da mulher.

Nesta perspetiva, tendo em conta a problemática exposta, consideramos as seguintes questões de investigação:

- ✓ Que formas de VO contra as mulheres existirão nos processos de abortamento?
- ✓ Quais serão as características sociodemográficas das mulheres que vivenciaram a VO no processo de abortamento?
- ✓ Que conhecimento têm sobre VO as mulheres que já tiveram uma experiência de abortamento?

De acordo com as questões de investigação, os objetivos de estudo foram:

- ✓ Identificar formas de VO contra as mulheres nos processos de abortamento;
- ✓ Identificar as características sociodemográficas de mulheres que vivenciaram a VO nos processos de abortamento;
- ✓ Verificar o conhecimento sobre VO de mulheres que já tiveram uma experiência de abortamento.

2.1. Tipo de estudo

Tendo em conta a problemática exposta e a natureza das questões de investigação, foi desenvolvido um estudo quantitativo do tipo exploratório, retrospectivo e descritivo. Esta decisão fundamenta-se nos autores Fontelles, Simões, Farias e Fontelles (2009) que referem que, a pesquisa exploratória tem por objetivo a aproximação de quem investiga ao tema que é investigado, bem como factos e fenómenos subjacentes ao problema, permitindo determinar relações que possam existir. Assim, como, a pesquisa descritiva visa apenas observar, registar e descrever as características de um determinado fenómeno ocorrido em uma amostra ou população, sendo o objetivo do estudo apenas descrever o facto em si. A pesquisa retrospectiva ocorre quando o estudo é conduzido com base em situações passadas.

2.2. População e amostra

A população neste estudo são mulheres que vivenciaram pelo menos um processo de abortamento em Portugal. O método de amostragem utilizado foi não probabilístico, por conveniência, usando a rede social *Facebook* para conseguir encontrar pessoas com as características necessárias para a realização do estudo.

Como critérios de inclusão das participantes a seleccionar obedecemos aos seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 16 anos; ter vivenciado um processo de abortamento nos últimos 2 anos, com atendimento em serviço de saúde público ou privado em Portugal.

Foi verificado que 100 mulheres aceitaram participar no estudo, mas apenas 28 das participantes referiram ter vivido uma situação de aborto nos últimos dois anos.

Na tabela 1, referente ao número de abortos experienciados pelas participantes nos últimos dois anos, pode verificar-se que apenas 27 mulheres responderam, das quais dezassete participantes (63,0%) responderam ter tido *um aborto* neste período, sete participantes (25,9%) responderam ter tido *dois abortos* e três participantes (11,1%) referiram ter tido *três abortos* neste período.

Tabela 1 - Distribuição das participantes em função do número de abortos nos últimos dois anos

Número de abortos	N	Porcentagem (%)
1 Aborto	17	63,0
2 Abortos	7	25,9
3 Abortos	3	11,1
Total	27	100,0

Ao observar os dados da tabela 2, sobre o local onde as participantes procuraram assistência no processo de aborto, verificamos que das 23 participantes que se referiram à sua primeira situação de aborto, 65,2% (n=15) procuraram assistência no *Hospital Público*, 17,4% (n=4) procuraram assistência num *Consultório Médico Privado*, 8,7% (n=2) das participantes procuraram assistência no *Centro de Saúde* e 8,7% (n=2) procuraram assistência no *Hospital/Clínica Privado/a*. Relativamente à segunda situação de aborto, 50,0% (n=3) referiram ter procurado o *Hospital Público*, 33,3% (n=2) procuraram o *Centro de Saúde* e 16,7% (n=1) procurou o *Hospital/Clínica Privado/a*. Relativamente a três ou mais situações de aborto, 66,7% (n=2) referiram ter recorrido ao *Hospital Público* e 33,3% (n=1) recorreu ao *Centro de Saúde*. Não foram referidos outros locais de procura de assistência nos processos de aborto.

Tabela 2 - Distribuição das participantes em função do local de assistência no processo de aborto

Local \ Aborto	1°	2°	3° ou +
	N (%)	N (%)	N (%)
Hospital Público	15 (65,2%)	3 (50,0%)	2 (66,7%)
Hospital/Clínica Privado/a	2 (8,7%)	1 (16,7%)	-
Centro de Saúde	2 (8,7%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)
Consultório Médico Privado	4 (17,4%)	-	-
Outro	-	-	-
Total	23 (100,0%)	6 (100,0%)	3 (100,0/)

Na tabela 3, referente ao tipo de aborto, podemos verificar que no primeiro aborto a maioria 45,9% (n=11) foi *espontâneo no decorrer da gravidez*, 33,3% (n=8) foi

interrupção voluntária (por sua livre escolha) e 20,8% (n=5) foi *interrupção aconselhada pelo médico*. No segundo aborto a maioria 75,0% (n=3) foi *espontâneo no decorrer da gravidez* e 25% (n=1) foi *interrupção aconselhada pelo médico*. No terceiro ou mais abortos 50,0% (n=1) foi *espontâneo no decorrer da gravidez* e 50,0% (n=1) foi *interrupção voluntária (por sua livre escolha)*.

Tabela 3 - Distribuição das participantes em função do Tipo de aborto(s)

Tipo \ Aborto	1° N (%)	2° N (%)	3° ou + N (%)
Espontâneo no decorrer da gravidez	11 (45,9%)	3 (75,0%)	1 (50,0%)
Interrupção voluntária (por sua livre escolha)	8 (33,3%)	-	1 (50,0%)
Interrupção aconselhada pelo médico	5 (20,8%)	1 (25,0%)	-
Total	24 (100,0%)	4 (100,0%)	2 (100,0%)

2.3.Recolha de dados

Para a recolha de dados elaborou-se um questionário (Apêndice I), com recurso da plataforma do *Google Forms* para a elaboração de questionário online, para facilitar a partilha na rede social (Facebook).

O questionário era composto de questões de escolha múltipla, questões abertas de resposta livre e questões dicotômicas. O questionário foi organizado por partes. A primeira parte continha questões sobre a situação de abortamento (experiência de abortamento em Portugal nos últimos dois anos, número de abortos, local de assistência, tipo de aborto). A segunda parte continha questões sobre dados sociodemográficos (idade, escolaridade, profissão/ocupação, dados étnico-raciais, presença de acompanhante no momento do aborto, região do concelho de residência no momento do aborto). A terceira parte continha questões sobre VO (ouviu falar e o que sabe sobre VO, considera ter sido

alvo de VO e que tipo de VO, identificação de quem participou nos atos de VO, sentimentos quando percebeu estar a ser alvo de VO, marcas e consequências).

Pretendia-se que, a recolha de dados, decorresse no período de um mês. Todavia, atendendo a que os números de respostas foram insuficientes nesse período, decidimos prolongar a recolha de dados. Assim, o período de recolha decorreu de maio a setembro de 2021.

2.4.Procedimentos formais e éticos

Segundo Nunes (2020, p. 5-6) “entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de um projeto de investigação incluem-se: a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como o anonimato dos sujeitos e a proteção dos dados) em todas as fases do estudo”. Os princípios éticos subjacentes à investigação baseiam-se na beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Os participantes têm direito à garantia de não sofrer qualquer dano, direito ao conhecimento pleno do estudo, direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade durante todo o processo de investigação (Nunes, 2020).

Assim sendo, salvaguardaram-se estes princípios éticos. Previamente ao preenchimento do questionário, foi dada informação às participantes sobre os objetivos do estudo, assim como sobre a garantia da voluntariedade, pelo que apenas poderia avançar no preenchimento do questionário após assinalar a aceitação em participar no estudo. Ao fazê-lo, estaria a aceitar que os dados cedidos fossem sujeitos a tratamento estatístico para os fins da presente investigação. Mesmo assim, foi dada informação sobre o direito de abandonar a qualquer momento o preenchimento do questionário, sem qualquer tipo de penalização, assim como recusar-se a responder a determinado item específico. Foram também dadas informações sobre a confidencialidade e o anonimato em todas as fases do estudo.

De modo a garantir que os procedimentos éticos foram devidamente salvaguardados, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo obtido o parecer positivo (Anexo I).

2.5. Análise de dados

Após a recolha de dados procedemos à sua análise e interpretação. Esta etapa, como refere Sousa e Santos (2020) é um desafio para quem investiga, no que diz respeito à obtenção de interpretações plausíveis presentes no universo de narrações. Segundo Sousa e Santos (2020, p. 1397) a pesquisa qualitativa é equiparada a um “campo fértil das ciências humanas e sociais (...) centraliza-se na linguagem e, por assim dizer, tudo que é dito para alguém em algum lugar, de algum lugar ou para algum lugar”. A análise de dados quantitativos teve por base a estatística descritiva, onde são apresentados os dados obtidos em tabelas. Optamos neste estudo pela técnica de análise de dados defendida por Laurence Bardin. Sousa e Santos (2020, p. 1400) resumem a análise de Conteúdo de Bardin em três etapas: “1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação”.

Assim sendo, na etapa da pré-análise, o investigador organiza o material e sistematiza as ideias preliminares. Na exploração de material, procede-se à categorização ou codificação, onde o conteúdo pode ser desmembrado, agrupado ou reagrupado nas unidades de registo do texto, aproveitando-se para o devido efeito repetições de palavras ou termos. Na última etapa, o tratamento, inferência e interpretação dos resultados procura o significado das mensagens, procedendo-se a uma análise intuitiva, reflexiva e crítica (Sousa e Santos, 2020).

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados da análise descritiva, apresentados em tabelas, que permitem dar resposta aos objetivos do estudo.

3.1. Características sociodemográficas das participantes

Relativamente às características sociodemográficas das participantes que vivenciaram VO nos processos de abortamento, na tabela 4 que corresponde à idade das participantes, organizaram-se os dados em grupos etários. Podemos verificar que, a idade mínima de quem respondeu ao presente questionário era 22 anos e a idade máxima de 43 anos. A maioria 29,7% (n=8) encontrava-se no grupo etário dos 30-34 anos, 22,2% (n=6) das participantes encontrava-se no grupo etário dos 25-29 anos, 18,5% (n=5) encontrava-se no grupo etário dos 35-39 anos, 18,5% (n=5) encontrava-se no grupo etário dos 20-24 anos e 11,1% (n=3) encontrava-se no grupo etário dos 40-44 anos de idade.

Tabela 4 - Distribuição das participantes em função do grupo etário

Grupo Etário	N	Porcentagem (%)
20 – 24 anos	5	18,5
25 – 29 anos	6	22,2
30 – 34 anos	8	29,7
35 – 39 anos	5	18,5
40 – 44 anos	3	11,1
Total	27	100,0

No que diz respeito à escolaridade das participantes, podemos verificar na tabela 5 que a maioria 63,0% (n=17) responderam ter como escolaridade o *Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado ou Doutoramento)*, 33,3% (n=9) referiram ter o *Ensino Secundário (12º ano)* e 3,7% (n=1) o *Ensino Básico (9º ano)*.

Tabela 5 - Distribuição das participantes em função da Escolaridade

Escolaridade	N	Percentagem (%)
Ensino Básico (9º ano)	1	3,7
Ensino Secundário (12º ano)	9	33,3
Ensino Superior (Bacharelado, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)	17	63,0
Total	27	100,0

Na análise da tabela 6 sobre a Profissão/ocupação das participantes, decidimos agrupá-las tendo por base a Classificação Portuguesa de 2010 das Profissões. Podemos verificar que a maioria 37,5% (n=9) pertenciam ao grupo dos *Profissionais de Saúde*, 20,8% (n=5) pertencia ao grupo profissional dos *Técnicos e profissionais de nível intermédio da saúde*, 4,2% (n=1) pertencia ao grupo de *Professores*, 4,2% (n=1) ao grupo de *Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais*, 8,3% (n=2) pertencia ao grupo de *Outro pessoal de apoio de tipo administrativo*, 4,2% (n=1) ao grupo de *Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares*, 4,2% (n=1) ao grupo de *Vendedores* e 16,6% (n=4) pertencia ao grupo de classificados como *Outras*.

Tabela 6 - Distribuição das participantes em função da Profissão/Ocupação

Profissão/Ocupação		N	Percentagem (%)
Profissionais de Saúde	Médica	1	37,5
	Médica Dentista	1	
	Enfermeira	7	
Técnicos e profissionais, de nível intermédio da saúde	Auxiliar de Ação Médica	1	20,8
	Auxiliar de Saúde	2	
	Cuidadora de Idosos	1	
	Auxiliar de Veterinária	1	
Professores	Professora	1	4,2
Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais	Oficial de Justiça	1	4,2

Outro pessoal de apoio de tipo administrativo	Administrativa	2	8,3
Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares	Técnica de Animação Sociocultural	1	4,2
Vendedores	Assistente de caixa	1	4,2
Outras	Desempregada	2	16,6
	Estudante Universitária	1	
	Técnica Superior	1	
Total		24	100,0

No que respeita a dados étnico-raciais, podemos verificar na tabela 7 que 96,4 % (n=27) das participantes referiram ser *Branco/Português/Origem Europeia* e 3,6% (n=1) referiu ser *Negro/Português/Afrodescendente/Origem Africana*.

Tabela 7 - Distribuição das participantes em função de dados étnico-raciais

Dados étnico-raciais	N	Percentagem (%)
Branco/Português/Origem Europeia	27	96,4
Negro/Português/Afrodescendente/Origem Africana	1	3,6
Asiático/Português/Origem Asiática	-	-
Cigano/Português	-	-
Total	28	100,0

Relativamente à presença de acompanhante quando ocorreu o(s) aborto(s), podemos verificar na tabela 8 que 53,6% (n=15) referiu *sim* ter acompanhante e 46,4% (n=13) referiu *não* ter acompanhante.

Tabela 8 - Distribuição das participantes em função de ter acompanhante quando ocorreu o(s) aborto(s)

Acompanhante	N	Percentagem (%)
Sim	15	53,6
Não	13	46,4
Total	28	100,0

Relativamente à região do concelho de residência no momento do aborto, podemos verificar pela análise da tabela 9 que 42,8% (n=12) referiu residir na região *Centro*, 25,0% (n=7) na região do *Alentejo*, 14,3 % (n=4) na região de *Lisboa*, 14,3% (n=4) na região *Autónoma dos Açores* e 3,6 % (n=1) na região *Norte*.

Tabela 9 - Distribuição das participantes em função da região do conselho de residência no momento do aborto

Região	N	Percentagem (%)
Norte	1	3,6%
Centro	12	42,8%
Lisboa	4	14,3%
Alentejo	7	25,0%
Algarve	-	-
Região Autónoma dos Açores	4	14,3%
Região Autónoma da Madeira	-	-
Total	28	100,0

3.2. Conhecimento das participantes sobre VO

No que concerne à prevalência de ter ouvido falar sobre VO, na tabela 10 verificamos que 89,3% (n=25) das participantes referiram *sim* já ter ouvido falar sobre VO e 10,7% (n=3) referiram *não* ter ouvido falar sobre VO.

Tabela 10 - Distribuição das participantes em função de ter ouvido falar sobre VO

Ter ouvido falar sobre VO	N	Percentagem (%)
Sim	25	89,3
Não	3	10,7
Total	28	100,0

Das participantes que referiram já ter ouvido falar sobre VO, apenas 17 descreveram o que ouviram falar sobre VO, podendo verificar-se na tabela 11 o que sobressaiu dos dados. As participantes referiram que tiveram *acesso à informação* na *internet* e também

através da *experiência já vivida no parto*. Referiram ainda o *local onde ocorre* a VO, nomeadamente na *instituição de saúde/maternidades*. Identificaram *características da VO*, nomeadamente *Violência física / psicológica /emocional contra a mulher, Desrespeito pelos direitos da mulher/Abuso de poder, atos desnecessários /desadequados (episiotomia, acelerar o parto, não prestar apoio e ainda tem impacto no bem-estar da mulher e bebé*.

Tabela 11 - O que as participantes ouviram falar sobre VO

Categories	Subcategorias	Unidades de registo	N
Acesso à informação	Informação obtida na internet	“Internet” (1) “Internet” (13) “Internet” (17)	3
	Experiência já vivida no parto	“Eu passei por isso, mas no parto não no aborto, mandou-me calar para não gritar e pôs-me a mão na boca para não gritar” (2)	1
Local onde ocorre	Instituição de Saúde/Maternidades	“(…) numa instituição de saúde” (6) “Existe muito essa prática nas maternidades.” (4)	2
	Violência física / psicológica /emocional contra a mulher	“(…) Violência verbal, física, não respeitar da mãe, agir sem permissão” (4) “Violência física, psicológica e emocional, de carácter obstétrico, contra a mulher (…)” (6) “Entendo por Violência Obstétrica todo e qualquer ato verbal físico…” (8) “Abuso físico” (9) “Considerada como abuso verbal, físico (…)” (15)	5
	Desrespeito pelos direitos da mulher/ Abuso de poder	“Quando o corpo da mulher não é respeitado, nem as suas vontades ou escolhas” (3) “Uso e abuso de poder sobre a mulher” (5) “Assim sendo, que não respeite os seus direitos.” (8) “A não partilha de decisões” (7)	4
Características da VO	Atos desnecessários /desadequados (episiotomia, acelerar o parto, não prestar apoio,	“Ocorre sempre que algum ato médico não consentido e sem necessidade médica seja realizado” (11) “Episiotomia” (12) “Atos esses desnecessários em algumas situações como por exemplo episiotomia, (…) nomeadamente acelerar o parto” (16) “Desadequação de atos clínicos praticados e/ou desadequação do apoio emocional prestado” (14) “(…) falha no apoio quer a nível de medicação analgésica ou na permissão para	6

ter acompanhante. Isto a nível de aborto como de momento de parto” (15)
 “Negar apoio e desumanidade.” (10)

Tem impacto no bem-estar da mulher e bebé “(...) coloque em causa o bem-estar físico e mental da mulher como do bebé, podendo resultar em danos físicos e mentais que poderão ser temporais ou permanentes.” (8) 2

“Em alguns casos causam problemas para a mãe e o bebé” (16)

Relativamente a terem sido alvo de VO durante a assistência ao aborto nos serviços de saúde, podemos verificar na tabela 12 que no 1º aborto a maioria das participantes 54,5% (n=12) referiu *Não* ter sido alvo de VO, enquanto 45,5% (n=10) referiu *Sim* que foi alvo de VO. No 2º aborto 60,0% (n=3) referiu *Não* ter sido alvo de VO, 20,0% (n=1) referiu *Sim* que foi alvo de VO e 20,0% (n=1) referiu *Não* ter a certeza de que foi alvo de VO.

No 3º ou mais abortos 33,3% (n=1) referiu *Sim* que foi alvo de VO, 33,3% (n=1) referiu *Não* ter sido alvo de VO e 33,3% (n=1) referiu *Não* ter a certeza de que foi alvo de VO.

Tabela 12 - Distribuição das participantes em função de terem sido alvo de VO durante a assistência ao aborto nos serviços de saúde

Aborto	1º	2º	3º ou +
Alvo de VO	N (%)	N (%)	N (%)
Sim	10 (45,5)	1 (20,0)	1 (33,3)
Não	12 (54,5)	3 (60,0)	1 (33,3)
Não tenho a certeza	-	1 (20,0)	1 (33,3)
Total:	22 (100,0)	5 (100,0)	3 (100,0)

3.3. Formas de VO nos processos de abortamento

Relativamente à forma de manifestação da VO durante a assistência ao aborto nos serviços de saúde, podemos verificar na tabela 13 que no 1º aborto a maioria das

participantes 24,2% (n=8) referiram *Abuso Psicológico*, 21,2% (n=7) referiram *Falta de informação sobre os cuidados/procedimentos*, 15,2% (n=5) referiram *Falta de assistência no controlo da dor*, 12,1% (n=4) consideraram ter sido alvo de *Atitudes discriminatórias*, 9,1% (n=3) referiu ter sido alvo de *Abuso Físico*, assim como 9,1% (n=3) referiu *Tempo de espera prolongado*, 6,1% (n=2) referiu *Negligência nos cuidados* e 3,0% (n=1) referiu outras formas de VO. No 2º aborto 20,0% (n=1) referiu ter sido alvo de *Abuso Psicológico*, 20,0% (n=1) referiu ter sido vítimas de *Negligência nos cuidados*, 20,0% (n=1) referiu *Falta de assistência no controlo da dor*, 20,0% (n=1) referiu *Tempo de espera prolongado* e 20,0% (n=1) foram sujeitas a *Outras* formas de VO. No 3º ou mais abortos 20,0% (n=1). No 3º ou mais abortos 33,3% (n=1) referiu ter sido alvo de *Abuso Psicológico*, 33,3% (n=1) referiu *Falta de informação sobre os cuidados/procedimentos* e 33,3% (n=1) referiu *Tempo de espera prolongado*.

Tabela 13 - Distribuição das participantes em função da forma de VO

Formas de VO	Aborto	1º N (%)	2º N (%)	3º ou + N (%)
Abuso Físico		3 (9,1)	-	-
Abuso Psicológico		8 (24,2)	1 (20,0)	1 (33,3)
Atitudes discriminatórias		4 (12,1)	-	-
Negligência nos cuidados		2 (6,1)	1 (20,0)	-
Falta de informação sobre os cuidados/procedimentos		7 (21,2)	-	1 (33,3)
Falta de assistência no controlo da dor		5 (15,2)	1 (20,0)	-
Tempo de espera prolongado		3 (9,1)	1 (20,0)	1 (33,3)
Outras		1 (3,0)	1 (20,0)	-
Total		33 (100,0)	5 (100,0)	3 (100,0)

Na tabela 14 podemos verificar os profissionais de saúde que as participantes referiram ter participado nos atos de VO. A maioria 75% (n=9) referiu ter sido o/a *Médico/a* e os

restantes 8,3% (n=1) referiu ter sido o/a *Enfermeiro/a*, 8,3% (n=1) referiu ter sido o/a *Médico/a e Enfermeiro/a* e 8,3% (n=1) referiu ter sido *Todos os anteriores*.

Tabela 14 - Distribuição das participantes em função do profissional que participou nos atos de VO

Profissional	N	Percentagem (%)
Médico/a	9	75,0
Enfermeiro/a	1	8,3
Auxiliar	-	-
Médico/a e Enfermeiro/a	1	8,3
Todos os anteriores	1	8,3
Total	12	100,0

Ao observar a tabela 15 sobre o que as participantes sentiram quando perceberam que estavam a ser alvo de VO, salientam-se os seguintes *sentimentos negativos*: humilhação, revolta, mágoa, impotência, injustiça, violação, desconforto, dor, tristeza, solidão, desamparo e desapoio. Apenas uma resposta revela-se *sem sentimentos* quando percebeu que estava a ser alvo de VO.

Tabela 15 - Sentimentos das participantes quando perceberam ser alvo de VO

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N
Sentimentos negativos	- Humilhação	“Senti-me a pior pessoa do mundo, a (...) lixo (...) como se eu não fosse suficiente.” (1) “Humilhada (...)” (4) “Humilhada (...)” (9) “(…) humilhada (...)” (10)	4
	- Revolta	“Magoada” (11)	2
	- Mágoa	“Desamparada e revoltada” (8)	
	- Impotência	“(…) violada” (4)	5
	- Injustiça	“Impotente, humilhada, injustiçada” (10)	
	- Violação	“Impotente” (12)	
	- Desconforto	“Desconfortável” (6)	
	- Dor	“(…) a dor desnecessária (...)” (3)	
	- Tristeza	“Triste e só” (7)	5
	- Solidão	“Desamparada e revoltada” (8)	
- Desamparo	“(…) e desolada” (9)		
- Desapoio	“Sem apoio no que estava a sentir” (5)		

	“Sozinha e desamparada. Sem que ninguém se preocupa se comigo ou a dor desnecessária (...)” (3)	
Sem sentimentos	“Não ocorreu” (2)	1

Ao analisar a tabela 16 sobre os relatos das marcas e consequências relacionadas com a vivência de VO no processo de abortamento, emergiu que existem *Marcas Físicas* como dor, *Marcas Psicológicas/emocionais* como medo e memórias negativas, e *Marcas na relação terapêutica* como falta de confiança.

Tabela 16 - Marcas ou consequências relacionadas com a situação de VO vivenciada no(s) processo(s) de abortamento

Categories	Subcategorias	Unidades de registo	N
Marcas Físicas	Dor	“Sim, pois durante todo o processo doloroso que é uma (...) desnecessário” (4)	1
		“A minha 3ª gravidez foi vivida a medo (...)” (2)	7
Marcas Psicológicas/emocionais	Medo	“Sim, muito medo de voltar a engravidar” (6)	
	Memórias negativas	“Psicológicas” (10) “Marcas psicológicas (...)” (12) “(...) Psicológicas” (13) “Sim, fica sempre na memória. Ter feito um aborto por má formação do feto e chorar quer de dor física e emocional (...)” (7)	
Marcas na relação terapêutica		“As únicas marcas com que fiquei e que me traumatizaram durante muito tempo (...) estiveram relacionadas com a minha decisão de abortar (...) é traumatizante e inesquecível (...)” (9)	
	Falta de confiança	“(...) não confio na equipa quer de enfermagem que médica do hospital da minha área de residência” (8)	1

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em 2018 foram contabilizados nos estabelecimentos de saúde um total de 14,928 IVG (PORDATA, 2018).

Estatisticamente são poucos ou nulos os estudos sobre a prevalência do aborto em Portugal que contemple todos os tipos de aborto. Existe sim, um Relatório Dos Registos das Interrupções de Gravidez 2018 (DGS, 2019), que revela que em 2018 os motivos para a interrupção da gravidez na sua maioria são por opção da mulher até às 10 semanas de gestação (14,306 mulheres) e o segundo motivo mais frequente de interrupção seria por aneuploidia fetal (523 mulheres). Assim sendo não são contempladas situações de aborto espontâneo.

Alguns autores como Castro e Frías (2019) nos seus estudos apontaram para as unidades de saúde públicas como os locais onde a VO teria maior incidência. Perante a tabela 2 podemos ponderar se a VO ocorre maioritariamente nas unidades de saúde públicas visto que os Hospital públicos são os locais onde a mulher mais procura assistência nos processos de abortamento, logo a probabilidade de ocorrer é superior.

Relacionando com a questão sobre “considera ter sido alvo de VO”, verificamos nos casos onde a interrupção foi aconselhada pelo médico das 6 participantes, 83,3 % responderam ter sido alvo de VO e 16,7 % não considera ter sido alvo de VO. Nos casos de aborto espontâneo das 15 participantes 53,3% não consideram ter sido alvo de VO 40% respondeu afirmativamente ter sido alvo de VO e 6,7 % não tinha a certeza. Na IVG apenas obteve-se uma resposta em que a mulher considerou ter sido alvo de VO. A associação destes dados torna-se importante para observar em que tipo de aborto existe maior incidência de VO, verificando que neste estudo foi IMG onde se verificou maior casos de VO.

Uma das características que torna a mulher vulnerável a atos de VO, presente no estudo de Ribeiro et al (2020), é a idade, onde a adolescência é um fator de vulnerabilidade. Como podemos verificar na tabela 4, não responderam ao questionário adolescentes.

Relacionando a idade com a questão “considera ter sido alvo de VO” obteve-se a seguinte análise dentro do grupo etário dos 20-24 anos 60% respondeu não ter sido alvo de VO, 20% considera ter sido alvo de VO e 20 % não respondeu a este item. Dentro do grupo etário dos 25-29 anos 50% respondeu não ter sido alvo de VO, 33,3 % considera ter sido alvo de VO e 16,7% não respondeu a este item. Dentro do grupo etário dos 30-34 anos 50 % respondeu não ter sido alvo de VO e 50% respondeu ter sido alvo de VO. Dentro do grupo etário dos 35-39 anos 60% considera não ter sido alvo de VO e 40% considera ter sido alvo de VO. Já no grupo etário dos 44-45 anos 100% considera ter sido alvo de VO. Pode-se concluir portanto que das participantes do estudo o grupo etário que identificou ter sido alvo de VO pertencia ao grupo dos 44-45 anos.

Relacionando a escolaridade com a questão “considera ter sido alvo de VO”, ao questionário participou apenas 1 mulher com Ensino Básico que respondeu não ter sido alvo de VO. Das participantes com o Ensino Secundário 55,6% das participantes consideraram ter sido alvo de VO e 33,3% consideraram não ter sido alvo de VO. Das participantes com o Ensino Superior 41,2% considera ter sido alvo de VO e 58,8% considera não ter sido alvo de VO. Percebemos que mulheres com ensino secundário tiveram mais experiências de VO em situações de abortamento seguido das mulheres que tinham o Ensino Superior, quanto maior o nível de escolaridade, como já mencionado no enquadramento teórico baseando-nos em Castro e Frías (2019), sofrem mais abusos também porque estão mais despertas para distinguir situações de violência.

Relacionando a profissão com a questão “considera ser alvo de VO” dentro do sub-grande Grupo dos Profissionais de Saúde 55,6% respondeu posteriormente não ter sido alvo de VO e 44,4% respondeu afirmativamente ter sido alvo de VO. Dentro do sub-grande grupo dos Técnicos e profissionais de nível intermédio da saúde 60% considera não ter sido alvo de VO e 40% considera ter sido alvo de VO. Dentro dos sub-grandes Grupos Professores, Especialistas em assuntos jurídicos, sociais, artísticos e culturais, Vendedores, 100% reponderaram não ter sido alvo de VO. Dentro do sub-grande grupo Outros 66,7 não considera ter sido alvo de VO, enquanto 33,3% considera ter sido alvo de VO. No sub-grande Grupo Técnicos de nível intermédio dos serviços jurídicos, sociais, desportivos, culturais e similares apenas houve uma participação em que não identificou como tendo sido alvo de VO no processo de abortamento.

As participantes deste estudo representaram uma grande diversidade no que diz respeito à profissão, verificando, porém, que 59% das participantes estão ligadas à área da saúde. Não participaram do estudo etnias/raça Origem Asiática ou Cigana. Ribeiro et al. (2020) enumera dentro das mulheres vulneráveis à VO o facto de ser de raça negra. A prevalência de apenas 3,6% da variável étnica/raça Negro/Português/Afrodescendente/Origem Africana não permite tirar conclusões sobre a sua relação com a questão de ter sido alvo de VO.

Castro e Frías (2019) verificavam o fenómeno de que as mulheres solteiras e divorciadas apresentavam maior risco de sofrerem VO. Quando analisada a variável de ter acompanhante com a questão “considera ter sido alvo de VO” 60% das participantes que tinha acompanhante no momento do aborto referiu que não foi alvo de VO, enquanto 40% das participantes que tinha acompanhante respondeu afirmativamente ter sido alvo de VO. Quanto às participantes que não tinham acompanhante no momento do aborto, 53,85% respondeu não ter sido alvo de VO enquanto 46,15% referiu ter sido alvo de VO.

Relacionando a questão de ter ouvido falar sobre VO com a questão de ter sido alvo de VO, 40% das participantes que ouviram falar sobre VO foram alvo de VO, sendo que 60% que ouviram falar sobre VO consideram não ter sido alvo de VO. Das participantes que não ouviram falar sobre VO 66,7% afirmam ter sido alvo de VO enquanto 33,3% considera não ter a certeza ou de não ter sido alvo de VO.

Ao analisar a tabela 14 verificamos que o médico é o profissional que mais exerce VO nas situações de abortamento. Ao relacionar as várias variáveis, tipo de aborto, ter sido alvo de VO e qual o profissional que exerceu VO, encontramos os seguintes dados relativos à interrupção aconselhada pelo médico: das 6 participantes, 83,3 % responderam ter sido alvo de VO, dentro desta realidade de terem sido alvo de VO 80% destas apontaram o Médico como o profissional que exerceu VO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A componente de estágio e investigativa que abarca este relatório traduziu-se numa vasta aquisição de novas experiências e competências académicas, profissionais e pessoais. Assim, foi no decorrer dos estágios, aproveitando e criando oportunidades de aprendizagem, que aprimoramos na prática o conhecimento adquirido na componente teórica do Mestrado. A cada mulher que assistimos, inserida na família e comunidade, nas diferentes fases do ciclo vital, prestamos um atendimento especializado, personalizado e único. Ultrapassámos as experiências mínimas previstas na Lei nº 25/2014, de 2 de maio. De igual forma, a investigação foi fundamental no desenvolvimento de competências e conhecimentos inerentes à componente investigativa, com um forte impacto na componente prática devido à pertinência do estudo desenvolvido. Deste modo, o Relatório Final traduz-se na compilação das aprendizagens, do conhecimento e das competências desenvolvidas nas diferentes etapas do Mestrado.

O interesse pelo tema de VO em situações de abortamento, tema central da componente de investigação, foi nutrido pela necessidade de comprovar que a VO não é unicamente alusiva ao momento do parto, ocorrendo noutras situações, nomeadamente durante os processos de abortamento. Senti que existe uma dificuldade intrínseca por parte dos profissionais de saúde em geral em abordar a temática que constitui a VO e o aborto, talvez por isso existam poucos estudos nesta área.

As dificuldades sentidas no presente estudo depreenderam-se pela quase inexistência de estudos sobre a VO em situações de abortamento, dificultando em parte o enquadramento teórico, e a delimitação do presente estudo às mulheres que vivenciaram algum processo de abortamento nos últimos dois anos, reduzindo e excluindo o número de participantes no estudo.

Com este estudo tornou-se possível caracterizar a VO vivenciada pelas mulheres nos processos de abortamento, chegando-se às seguintes conclusões: a VO em Portugal,

ocorre maioritariamente nas unidades de saúde públicas. Dentro dos diversos tipos de aborto, a VO tem maior incidência nas situações de IMG, onde o profissional de saúde que mais se destaca como promotor da VO é o médico. Contudo, não pode ser descorada a existência de outros profissionais de saúde como promotores de VO. Verificou-se também que quanto maior a idade e a escolaridade, maior a probabilidade de incidência de abusos, uma vez que estas estão mais despertas para distinguir situações de violência. Nos processos de abortamento, o abuso psicológico e a falta de informação sobre os cuidados/procedimentos são as formas de VO mais comuns. As mulheres vítimas de VO conferiram que no momento que eram assistidas sentiram-se revoltadas, injustiçadas, impotentes, humilhadas, violadas, magoadas, desamparadas, desapoiadas. Todos os atos a que foram sujeitas tiveram como consequência danos psicológicos, medo, ansiedade, trauma, revolta e desconfiança dos profissionais de saúde.

Comprovada a existência de VO em situações de abortamento, do impacto negativo que esta pode ter na vida da mulher, bem como a destruição da relação de confiança e respeito em relação aos profissionais de saúde, torna-se pertinente a formação contínua através de congressos, cursos, com reforço dos direitos da mulher, bem como a conscientização da sociedade para esta problemática.

Em suma, VO em situações de abortamento merece ser estudada e valorizada assim como qualquer outra forma de violência contra a mulher.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda-Téllez, C. A., & Yam-Chalé, H. A. (2020). Violencia obstétrica desde la perspectiva de las parteras tradicionales. *Revista salud pública de méxico*, 62(3), 218. doi: <https://doi.org/10.21149/11164>
- Carvalho, A. S., Pedrosa, A. G. R., Ribeiro, C. M., Assis, L., Kalil, J. H., & Silva, S. A. O. N. (2019). Violência Obstétrica: a ótica sobre os princípios bioéticos e direitos das mulheres. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26(1), 52-58. Recuperado de [20190306_114936.pdf \(mastereditora.com.br\)](https://mastereditora.com.br/20190306_114936.pdf)
- Castro, R., & Frías, S. M. (2019). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *SAGE journals*, 26, 555-572. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2021). Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Guia Orientador Componente de Estágio.
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa. Recuperado em 13 de fevereiro, 2021 de https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf
- Interrupções voluntárias da gravidez nos estabelecimentos de saúde: Quantas IVG se fazem nos estabelecimentos de saúde?. (2020). Recuperado em 01 outubro, 2021 de <https://www.pordata.pt/Portugal/Interrup%3%a7%c3%b5es+volunt%3%a1rias+da+gravidez+nos+estabelecimentos+de+sa%3%bade-1511>
- Lucília Nunes. (2020). Aspectos éticos na investigação de Enfermagem. Recuperado de [ebook_aspetos eticos investigacao Enf_jun 2020.pdf \(rcaap.pt\)](https://rcaap.pt/ebook_aspetos_eticos_investigacao_Enf_jun_2020.pdf)

- Madeira, S., Pileggi, V. & Souza, J. P. (2017). Abuse and disrespect in childbirth process and abortion situation in Latin America and the Caribbean – systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 6(1), 2-5. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0516-5>
- Madeiro, A. P., & Rufino, A. C. (2017). Maus tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, 22(8), 2771-2780. doi: 10.1590/1413-81232017228.04252016
- Mainey, L., O’Mullan, C., Reid-Searl K, Taylor, A., Baird, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, (29), 153-1526. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>
- Marmion, P. J., & Skop, I. (2020). Induced Abortion and the Increased Risk of Maternal Mortality. *SAGE journals*, 87(3), 302-310. doi: <https://doi.org/10.1177/0024363920922687>
- Moital, D. M. E. F. (2012). *Ambiente escolar e inclusão – Perspetivas dos Professores* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, Portugal. Recuperado em 10 fevereiro, 2021 de https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/8232/1/ulfpie043254_tm.pdf
- Oliveira, L. L. F., Trindade, R. F. C., Santos, A. A. P., Araújo, B. R. O., Pinto, L. M. T. R., & Silva, L. K. B. (2019). Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38575>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Violencia contra la mujer. Recuperado em 10 fevereiro, 2021 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Pauletti, J. M., Ribeiro, J. P., & Soares, M. C. (2020). Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais do Facebook. *Revista Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(1), 3-20. doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>

- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº 26/2019 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 10, janeiro, 2020, em: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento nº 391/2019 de 03 de maio. Diário da República nº 85/2019 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: 12, março, 2020, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf
- Ribeiro, D. O., Gomes, G. C., Oliveira, A. M. N., Alvarez, S. Q., Gonçalves, B. G., & Acosta, D. F. (2020). A violência obstétrica na percepção das multíparas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, 1-6. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190419>
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I., (2020). Covid-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 46-48, doi: 10.1080/26410397.2020.1785379
- Silva, F. C., Viana, M. R. P., Amorim, F. C. M., Veras, J. M. M. F., Santos, R. C., & Sousa, L. L. (2019). O saber de puérperas sobre a violência obstétrica. *Revista de enfermagem UFPE on line*, 13:e242100, doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242100>
- Sousa, J. R. de, Santos, S. C. M. dos, (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. *Pesquisa E Debate Em Educação*, 10(2), 1396-1416. doi: . <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>
- Souza, A. C. A. T., Lucas, P. H. C. S., Lana, T. C., Lidner, S. R., Amorim, T., & Felisbino-Mendes, M. S. (2019). Violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45746>
- Ventura, T., Lima, G., Gomes, M. C. (2019). Relatório dos registos das interrupções da gravidez 2018: Dados provisórios. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2019. Recuperado em 01 outubro, 2021 de <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1144918-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABAARYszItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>

World Health Organization & Pan American Health Organization. (2012). Understanding and addressing violence against women. Recuperado em 10 fevereiro, 2021 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77433/WHO_RHR_12.35_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization & Pan American Health Organization. (2012). Understanding and addressing violence against women. Recuperado em 10 fevereiro, 2021 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2019). Preventing unsafe abortion. Recuperado em 15 fevereiro, 2010 de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-19.21>

APÊNDICE I

Consentimento Informado e Instrumento de recolha de dados



QUESTIONÁRIO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM SITUAÇÕES DE ABORTAMENTO

Este estudo desenvolve-se no âmbito da componente de investigação do Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. O questionário é dirigido a mulheres que tenham *vivido a experiência de um ou mais abortos, em Portugal, nos últimos 2 anos*, e que aceitem participar no estudo de forma totalmente voluntária.

Os objetivos do estudo são os seguintes: identificar formas de violência obstétrica contra as mulheres nos processos de abortamento; identificar as características sociodemográficas de mulheres que vivenciaram violência obstétrica nos processos de abortamento; verificar o conhecimento sobre violência obstétrica de mulheres que já tiveram uma experiência de abortamento.

O questionário é anónimo, pelo que em nenhum momento lhe será solicitada a identificação pessoal. Os seus dados pessoais serão sempre mantidos em sigilo e todas as respostas a este questionário serão utilizadas apenas para os fins desta investigação.

Se pretender participar no estudo, este é de carácter voluntário onde preencherá sem qualquer tipo de custo um questionário. Neste caso, deverá assinalar o *icon* abaixo indicando que aceita participar no estudo, para que possa avançar para o questionário. Ao fazê-lo, estará a aceitar que os dados cedidos sejam sujeitos a tratamento estatístico para os fins da presente investigação. Mesmo assim, tem o direito de abandonar a qualquer momento o preenchimento do questionário, sem qualquer tipo de penalização, assim como recusar-se a responder a determinado item específico.

No caso do surgimento de dúvidas ou questões sobre o estudo, poderá contactar: Abigail Vieira, estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, através do email: a21940004@esenfc.pt.

Li, compreendi e aceito participar no questionário.

Por favor, leia com atenção a informação relativa a cada questão. Assinale com (X) na(s) opções que considerar mais adequada(s) à sua situação e quando se justificar, responda à restante informação complementar de forma clara.

I PARTE – SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO

Teve alguma experiência de aborto, em Portugal, nos últimos 2 anos?

Sim Não

(Se respondeu não, agradecemos a sua participação, ficando por aqui o questionário)

Se respondeu Sim

Indique o nº de abortos: _____

Local onde procurou assistência?

Aborto	1º	2º	3º ou +
Local			
Hospital público			
Hospital/Clinica privado/a			
Centro de Saúde			
Consultório médico privado			
Outro			

Tipo de aborto(s):

Aborto	1º	2º	3º ou +
Tipo			
Espontâneo no decorrer da gravidez			
Interrupção voluntária (por sua livre escolha)			
Interrupção aconselhada pelo médico			

II PARTE – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ (anos)

Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever

Ensino básico (9º ano)

Ensino Secundário (12º ano)

Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)

Profissão/Ocupação: _____

Dados étnicos-raciais:

Branco/Português/Origem Europeia

Negro/Português/Afro-descendente/Origem africana

Asiático/Português/Origem Asiática

Cigano/Português

Outros Especifique _____

No momento em que ocorreu o(s) aborto(s) tinha acompanhante?

Sim ____ Não ____

Qual a região do conselho de residência (no momento do aborto)?

Norte

Centro

Lisboa

Alentejo

Algarve

Região autónoma dos Açores

Região autónoma da Madeira

III PARTE – VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Já ouviu falar sobre Violência Obstétrica?

Sim ____ Não ____

Se respondeu Sim, pode descrever o que ouviu falar ou sabe sobre a Violência Obstétrica?

--

Considera ter sido alvo de algum tipo de violência obstétrica durante a assistência ao aborto nos serviços de saúde?

Aborto	1°	2°	3° ou +
Violência obstétrica			
Sim			
Não			
Não tenho a certeza			

Se respondeu que sim na questão anterior, assinale:

a) Qual a forma a violência obstétrica se manifestou?

Aborto	1°	2°	3° ou +
Tipo de Violência			
Abuso físico			
Abuso psicológico			
Atitudes discriminatórias			
Negligência nos cuidados			
Falta de informação sobre os cuidados/procedimentos			
Falta de assistência no controlo da dor			
Tempo de espera prolongado			
Outro(s)			

Quem identificou ter participado nos atos de violência obstétrica?

Médico/a _____

Enfermeiro/a _____

Auxiliar _____

Outro _____ Quem? _____

Descreva como se sentiu quando percebeu que estava a ser alvo de violência obstétrica?

Neste momento, ao refletir sobre o que passou, identifica algum tipo de marcas ou consequências relacionadas com a situação de violência obstétrica vivenciada no(s) processo(s) de abortamento?

Obrigada pela sua participação,

Abigail Vieira

ANEXO I

Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

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

Parecer Nº 762/ 03-2021

Título do Projecto: Violência Obstétrica em situações de abortamento – Um estudo exploratório sobre o fenómeno em Portugal

Identificação das Proponentes

Nome(s): Abigail Ferreira Pires Vieira

Filiação Institucional: Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Prof.ª Doutora Rosa Maria Santos Moreira e Prof.ª Teresa Maria Campos Silva

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

A violência obstétrica é um problema que envolve os profissionais de saúde, a grávida, o seu bebé e a família, com um impacto em toda a comunidade. Compreender as diferentes formas de violência obstétrica e as práticas mais comuns de todo o ciclo gravídico-puerperal, incluindo os processos de abortamento, constitui o objetivo major deste projeto. Como objetivos específicos os autores entendem identificar formas de violência obstétrica contra as mulheres nos processos de abortamento; identificar as características sociodemográficas de mulheres que vivenciaram violência obstétrica nos processos de abortamento; e verificar o conhecimento sobre violência obstétrica de mulheres que já tiveram uma experiência de abortamento.

O estudo, definido como exploratório, retrospectivo e descritivo, decorrerá durante o ano 2021 realizando-se a colheita de dados durante o mês de maio, de acordo com o questionário apresentado. A amostra será constituída por mulheres que vivenciaram pelo menos um processo de abortamento em Portugal e que aceitem participar no estudo de acordo com os critérios de inclusão e exclusão apresentados. A amostra será não probabilística e o método de amostragem será por redes (bola de neve), de modo a encontrar sujeitos que correspondam às características necessárias face aos objetivos deste estudo. De acordo com o apresentado está garantida a confidencialidade, voluntariedade e autonomia dos participantes.

Sendo assim, somos do parecer que o projeto pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

Assinado por: ANA MARGARIDA COELHO

O relator: **ABRANTES**

Num. de identificação: B1123890578

Data: 06/04/2021 O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Filomena Boalheiro*