

Violência Obstétrica: Uma reflexão de enfermagem

Irina Pereira Neves Dutra¹Cátia Lopes¹Queila Guedes¹Sara Lizardo Grácio¹

Obstetric Violence: A nursing reflection

Violencia obstétrica una reflexión de enfermería

¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

DOI: <https://doi.org/10.53795/raapeo.v23.2023.27>

Resumo

Nos últimos anos, Portugal tem registado um acentuado decréscimo da natalidade, associado à crescente medicalização do parto.

Isto coloca desafios à humanização dos cuidados de saúde materna.

As mulheres procuram cada vez mais partos seguros, que respeitem as suas escolhas e expectativas. Destaca-se a importância de indicadores como a satisfação materna e a presença de acompanhante.

Objetivo: Refletir sobre o conceito de violência obstétrica, identificando indicadores da sua incidência nas instituições de saúde

Método: Revisão da literatura com recurso à plataforma EBSCO HOST e Google Académico, bem como a exploração de websites de associações profissionais e de utentes, legislação e orientações de entidades de referência.

Resultados: A violência obstétrica é definida essencialmente como um entrave à autonomia e liberdade da parturiente sobre si própria, estando relacionado com a prática de intervenções sem o consentimento da mulher durante o trabalho de parto.

Conclusão: Violência obstétrica não é definida por entidades de referência como a DGS ou a OMS, restando a evidência científica para a sua definição. Urge a necessidade de recolha e análise de novos indicadores como a satisfação da mulher com a sua experiência de parto e a presença de acompanhante, para se avaliar a prevalência desta problemática nas instituições de saúde.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica; Mulher grávida; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Abstract

In recent years, Portugal has experienced a sharp decline in birth rates, associated with the increasing medicalization of childbirth. This poses challenges to the humanization of maternal healthcare. Women increasingly seek safe births that respect their choices and expectations. The importance of indicators such as maternal satisfaction and the presence of a companion is highlighted.

Objective: To reflect on the concept of obstetric violence, identifying indicators of its incidence in healthcare institutions.

Method: Literature review using the EBSCO HOST platform and Google Scholar, as well as the exploration of websites of professional and user associations, legislation, and guidelines from reference entities.

Results: Obstetric violence is essentially defined as an obstacle to the autonomy and freedom of the woman over her own body, being associated with the practice of interventions carried out without the woman's consent during labor.

Conclusion: Obstetric violence is not defined by reference entities such as the Directorate-General of Health (DGS) or the World Health Organization (WHO), leaving scientific evidence as the basis for its definition. There is an urgent need to collect and analyze new indicators, such as women's satisfaction with their childbirth experience and the presence of a companion, in order to assess the prevalence of this issue in healthcare institutions.

Keywords: Obstetric Violence; Pregnant Woman; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health

Resumen:

En los últimos años, Portugal ha registrado un marcado descenso de la natalidad, asociado a la creciente medicalización del parto. Esto plantea desafíos a la humanización de la atención materna. Cada vez más, las mujeres buscan partos seguros que respeten sus elecciones y expectativas.

Se destaca la importancia de indicadores como la satisfacción materna y la presencia de un acompañante.

Objetivo: Reflexionar sobre el concepto de violencia obstétrica, identificando indicadores de su incidencia en las instituciones sanitarias.

Método: Revisión de la literatura mediante la plataforma EBSCO HOST y Google Académico, así como la exploración de sitios web de asociaciones profesionales y de usuarias, legislación y orientaciones de entidades de referencia.

Resultados: La violencia obstétrica se define esencialmente como un obstáculo a la autonomía y a la libertad de la parturienta sobre sí misma, estando relacionada con la realización de intervenciones sin el consentimiento de la mujer durante el trabajo de parto.

Conclusión: La violencia obstétrica no está definida por entidades de referencia como la Dirección General de Salud (DGS) o la Organización Mundial de la Salud (OMS), quedando la evidencia científica como base para su definición. Es urgente la necesidad de recopilar y analizar nuevos indicadores, como la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto y la presencia de un acompañante, con el fin de evaluar la prevalencia de esta problemática en las instituciones sanitarias.

Palabras clave: Violencia obstétrica; Mujer embarazada; Enfermero/a especialista en Enfermería de Salud Materna y Obstétrica

Introdução

Nos últimos anos tem-se verificado um decréscimo acentuado dos nascimentos em Portugal, catapultando-o para o topo do Ranking mundial de países envelhecidos. De facto, o fenómeno demográfico do nascimento, quando observado pela perspetiva da saúde, assume na sociedade portuguesa uma característica singular: é praticamente sinónimo de contacto com o sistema de cuidados de saúde, em particular com os hospitais, mesmo que lhe seja alheia qualquer dimensão de doença [\(1\)](#).

Ao longo das últimas décadas, as mulheres têm sido incentivadas a parir em instituições de saúde, de forma a terem acesso a profissionais de saúde qualificados e a cuidados diferenciados, aspeto considerado essencial para a diminuição de indicadores como a mortalidade materno-infantil. Todavia, esta medida resultou na medicalização do parto, através de práticas para iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do parto [\(2\)](#).

O aumento da literacia em saúde, o acesso facilitado a conhecimento científico entre as mulheres e as suas famílias, tem feito com que estas adquiram uma voz crescente no que concerne às suas escolhas e expectativas sobre o nascer, defendendo que o parto é um acontecimento natural e não necessariamente um “problema” de saúde [\(1\)](#).

Cada vez mais as mulheres querem uma experiência de parto que preencha as suas crenças e expectativas socio-culturais, tendo como ambição parir um bebé saudável, num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional contínuo, dado tanto pelo seu acompanhante, como por profissionais de saúde competentes. A maioria das mulheres parece preferir um parto fisiológico, onde tenham controlo sobre o seu parto e participem na tomada de decisão quando as intervenções clínicas são necessárias, de forma a que possam atingir uma sensação de conquista pessoal [\(2\)](#).

Esta nova realidade, em que as preocupações da mulher em torno do parto vão para além das competências clínicas dos profissionais que as assistem, não estão refletidas nos indicadores de saúde tradicionalmente recolhidos, como a mortalidade materna e infantil que tendem a espelhar o modelo de cuidados prevalente [\(1\)](#). Urge a necessidade de novos indicadores serem recolhidos e analisados, como a satisfação da mulher com a sua experiência de parto e a presença de acompanhante, por exemplo.

O modelo prevalente na maioria das instituições de saúde continua a ser o biomédico, em que o processo de parto é controlado pelo profissional de saúde e não pela mulher, o que conduz a intervenções médicas desnecessárias e interfere com o processo fisiológico do parto [\(2\)](#).

Assim, este artigo pretende refletir sobre o conceito de violência obstétrica, identificando indicadores da sua incidência nas instituições de saúde. Esta é uma problemática pertinente, atual e pouco abordada pelas instituições de referência na área da saúde nacionais e internacionais, como são exemplo a Direção Geral de Saúde (DGS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) e identificar intervenções de enfermagem baseadas em evidência científica recente e relevante conducentes para a sua prevenção desta problemática.

Como metodologia, foi elaborada uma revisão de literatura com recurso à plataforma EBSCO HOST e Google Académico, bem como explorados websites de associações profissionais e de utentes, legislação e orientações técnicas de entidades de referência na área da saúde materna, tanto a nível nacional, como internacional.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes, a primeira relativa ao enquadramento da temática da violência obstétrica, com uma perspetiva nacional e internacional no que concerne às políticas de saúde e orientações para a prestação de cuidados de enfermagem especializados. Numa segunda parte, apresentamos diretrizes para intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica (EESMO) dirigidas à prevenção da violência obstétrica.

Violência Obstétrica

A OMS [\(2\)](#) afirma que quase todas as mulheres com gravidezes saudáveis e sem complicações são alvo de pelo menos uma intervenção médica durante o parto, como indução, aceleração com oxitocina, cesariana ou episiotomia, sendo ainda sujeitas a intervenções questionáveis por rotina, como a tricotomia, a realização de enema, a amniotomia e a administração de fluídos intravenosos. Esta abordagem excessivamente intervencionista não é de todo sensível às necessidades pessoais, valores e preferências de cada mulher, diminuindo o seu potencial e tendo um impacto negativo na sua experiência de parto.

Por outro lado, intervenções não clínicas como o apoio emocional, permanência de acompanhante, comunicação efetiva entre a mulher e os profissionais de saúde parece não ser a prioridade em muitas instituições

de saúde, apesar de serem intervenções praticamente livres de custos (2).

Segundo Moura *et al* (3), a violência obstétrica é uma forma de agressão e entrave à autonomia e liberdade da parturiente sobre si própria, estando relacionado com a prática de ações sem o consentimento da mulher durante o trabalho de parto. Leal *et al.* (4) acrescentam que a medicalização do parto sem necessidade clínica comprovada, convertendo um processo natural e fisiológico em patológico, também deve ser considerada violência obstétrica. Sauaia & Serra (5) referem que a violência obstétrica é uma violação de direitos humanos, podendo também estar relacionada com a omissão de informação à mulher, realização de comentários ofensivos, recriminação de comportamentos da mulher, impedindo-a de expressar suas emoções e/ou dor.

Segundo Alexandria *et al.* (6) e Leal *et al.* (4), algumas das situações consideradas como violência obstétrica pelos enfermeiros são: violência verbal, agressão física, intervenções desnecessárias, discriminação social, abuso de medicação, atendimento desumanizado, tricotomia sem consentimento, manobra de *Kristeller*, jejum forçado, episiotomia, toques vaginais excessivos, recusa de implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, imposição de posição para o período expulsivo, utilização de fármacos para acelerar as contrações uterinas e a não permissão da presença do acompanhante durante o trabalho de parto.

Por sua vez, a OMS (7) não utiliza o termo violência obstétrica, mas define exemplos de tratamento desrespeitoso e abusivo da mulher durante o trabalho de parto, nomeadamente: humilhação, abuso verbal, procedimentos médicos realizados sem consentimento ou após coerção, recusa de administração de terapêutica analgésica e violação da privacidade.

Quando a mulher é alvo de uma experiência de parto desrespeitosa, abusiva ou negligente, a relação de confiança entre a mulher e os profissionais de saúde é violada, podendo constituir-se como um fator que leva a que a mulher no futuro não procure cuidados ou profissionais de saúde (7). Por outro lado, existem repercussões emocionais e psicológicas, como dificuldade no estabelecimento do vínculo da mãe-bebé, sentimentos negativos em relação ao parto normal que podem condicionar a sua postura em experiências futuras e até condicionar o desejo da mulher de ter mais filhos (4).

Todas as mulheres têm o direito a atingir o mais elevado padrão de saúde, incluindo o direito a serem dignificadas, respeitadas e cuidadas durante a gravidez e o parto, bem como o direito a não serem alvo de violência ou discriminação. Para tal, é necessária uma maior intervenção, diálogo, investigação e advocacia neste problema de saúde pública e assunto de direitos humanos (7), essencialmente por parte dos governos, visto que a estes cabe a obrigação de respeitar, proteger e assegurar o cumprimento dos mesmos, não só no sector público, mas também no privado (8).

Perspetiva Nacional

Na principal instituição de referência de saúde em Portugal, a Direção-Geral de Saúde, não se encontra definida a problemática da Violência Obstétrica de forma direta, não obstante, a DGS (9) refere que as grávidas e seus companheiros e/ou família devem ser tratados com respeito e dignidade, de modo a fazer parte na tomada de decisão e nas intervenções que sejam necessárias. Os profissionais devem escutar e respeitar as opiniões, valores da grávida / casal e família, crenças e ambientes culturais que se relacionam com a prestação de cuidados quer à grávida, quer ao bebé (9). Considerando a omissão do termo em estudo pela DGS, resta-nos recorrer às definições da evidência científica e da OMS, para podermos analisar a prevalência desta temática na realidade dos serviços de saúde portugueses.

Um dos atos considerados como violência obstétrica é a realização de intervenções médicas sem necessidade clínica comprovada (4) e com a tendência crescente da hospitalização do parto houve um aumento de intervenções obstétricas que medicalizam o parto, como por exemplo a realização de cesarianas (1).

Em Portugal, o número de cesarianas atingiu proporções epidémicas, sendo um dos três países da Europa com maior prevalência. A percentagem de cesarianas no total dos partos feitos nas unidades hospitalares portuguesas em 2018 era de 34,1% (10). Apesar de entre 2010 e 2015 nos hospitais públicos ter-se verificado uma ligeira descida da percentagem de cesarianas de 36,3% para 27,6%, nos hospitais privados assiste-se a uma percentagem de 67,5% em 2010 e de 63,4% em 2015, uma diferença notória que deverá ser questionada (1).

Considerando que a taxa de cesarianas em Portugal é bastante superior ao valor considerado aceitável pela OMS (7), que refere que a percentagem ideal de cesarianas face ao número total de partos deveria situar-se entre os 10-15%, foi criada em 2013 a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (11), com o objetivo de implementar várias medidas a nível nacional. Assistiu-se desde então a uma ligeira descida da incidência, passando-se de 35,6% em 2013, para os 34,1% em 2018 (10). Paralelamente, a DGS (12) emitiu algumas orienta

ções clínicas para os profissionais de saúde, devendo o papel destes passar por aumentar a literacia em saúde da população em geral concernente às cesarianas.

Outra prática obstétrica bastante frequente em Portugal é a realização de episiotomia, prática igualmente considerada como violência obstétrica (6). A episiotomia é um procedimento que se caracteriza pela realização de uma incisão no períneo com vista a aumentar o canal de parto, prática antiga na obstetrícia e cada vez mais controversa (13). Em 2010 Portugal foi o segundo país da Europa com a maior taxa de episiotomia em partos vaginais (72,9%), aproximando-se assim da taxa mais elevada de 75% (Chipre), sendo a menor de 4,9% (Dinamarca) (14). Nos 907 211 partos vaginais ocorridos em Portugal entre 2000 e 2015, em 76,7% as mulheres foram submetidas a episiotomia (1).

De acordo com as recomendações da OMS (2) em partos vaginais espontâneos, não se deve proceder à realização de episiotomia de forma rotineira, sendo a fundamentação para a sua prática motivo de debate, pois esta constitui-se um trauma para a mulher, na medida em que é um procedimento invasivo e doloroso, que interfere com a normal fisiologia do parto (13).

A taxa de episiotomias em partos eutócicos acompanhados por EESMO é um dos indicadores de produtividade e qualidade no que concerne aos cuidados de enfermagem especializados, bem como a taxa de períneos íntegros (15). Surgiu então em Assembleia de MCEESMO-OE de 1 de fevereiro de 2013, o projeto Maternidade com Qualidade, com o objetivo de influenciar diversos indicadores da prática clínica do EESMO, entre eles a realização de episiotomia (16), tendo sido definido o objetivo de diminuir o número de episiotomias em 50% em primíparas e em 70% em múltiparas, em relação ao total de partos realizados por EESMO. A OE (16), tal como a OMS (7), sublinharam que a prática da episiotomia por rotina deve ser abandonada, devendo o seu uso ser ponderado individualmente.

A Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) realizou um inquérito abrangente a 3378 mulheres acerca das suas experiências de parto, decorridas entre 2012 e 2015, sendo que 43,5% das mulheres inquiridas referiram não terem tido o parto que queriam, relacionando esta percepção com a sensação de perda de controlo durante o trabalho de parto. Por outro lado, as mulheres que afirmaram que tiveram o parto que queriam, não foram mulheres que tiveram partos que correspondessem exatamente às suas expectativas, mas que se sentiram respeitadas, tendo sido consultadas antes de cada intervenção (17). No estudo referido, 43,8% das mulheres inquiridas referiram não terem sido consultadas sobre as intervenções a que foram sujeitas - uma violação do direito ao consentimento informado e à recusa (17).

Está contemplado na legislação portuguesa, no âmbito dos direitos e deveres dos utentes do SNS, que deve ser obtido o consentimento (ou a recusa) da prestação dos cuidados de saúde e este deve ser declarado de forma livre e esclarecida, podendo em qualquer momento revogar o consentimento previamente concedido (18), estando ainda presente na Lei de Bases de Saúde que todas as pessoas têm direito a decidir de forma livre e esclarecida sobre os cuidados de saúde que lhe são propostos, salvo as exceções previstas na Lei nº 95/2019, de 4 de setembro (19).

A parturiente tem o direito de ser informada, de dar o seu consentimento livre e esclarecido de forma a ser proporcionado um cuidado humanizado, sendo colocada como protagonista do trabalho de parto (6). Se a mulher não estiver devidamente informada sobre quais os procedimentos considerados normais durante o trabalho de parto em contexto hospitalar, isso conduz a que tenha uma atitude de aceitação perante todas as intervenções, considerando-as como benéficas para si e para o seu feto, mesmo que estas resultem na sua perda de autonomia no momento do parto (4).

A APDMGP (17) refere que a informação de qualidade é fundamental para que se possa refletir sobre as várias opções, tomar decisões e consentir (ou não) uma dada intervenção. Os profissionais de saúde estão numa posição privilegiada para transmitir informação atualizada e isenta de juízos de valor às mulheres e às famílias, e ainda para criar espaços de debate e de partilha marcados pela abertura e confiança.

O consentimento informado, livre e esclarecido tem indissociável de si, em primeiro lugar a compreensão da informação, que deverá ser transmitida de forma clara, acessível e isenta de juízos de valor e em segundo, o respeito pela autonomia da pessoa de quem se cuida, através da participação ativa na tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde (20). A pessoa, e neste caso, a mulher e sua família, deverão ser integrados no planeamento dos cuidados e processo de decisão quanto às intervenções de saúde que lhe são propostos. O dever de informar é regulado pelos códigos deontológicos dos diferentes profissionais de saúde. É dever de todo o enfer-

meiro, com base no respeito pelo direito à autodeterminação, informar a pessoa e a sua família no que concerne a todos os cuidados de enfermagem da qual esta é alvo, respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado (21).

Para além da obtenção do consentimento informado como forma de respeito pela autonomia da mulher, deverá ser elaborado pela mulher um plano de nascimento com o apoio dos profissionais que a acompanham no curso de preparação para o parto e parentalidade, nomeadamente o EESMO, devendo este ser apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde e a mulher grávida ou o casal (22).

No estudo realizado pela APDMGP (17), 14,3% das mulheres referiram não ter sido ouvidas no que tinham a dizer/pedir ao longo do seu trabalho de parto e 13,1% não se sentiram apoiadas e cuidadas, o que pode revelar que, apesar de o consentimento informado e o respeito pela autonomia do utente dos serviços de saúde portugueses ser algo bem contemplado na nossa legislação, ainda poderá existir necessidade de sensibilização dos profissionais que trabalham com parturientes, sendo para tal essencial a definição de intervenções dirigidas.

Leal *et al.* (4) referem que uma das formas de violência obstétrica é a não permissão de acompanhamento durante o trabalho de parto. É reconhecido na lei portuguesa à mulher grávida internada em estabelecimento de saúde o direito de acompanhamento, durante todas as fases do trabalho de parto por qualquer pessoa por si escolhida, podendo este direito ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorrer (18). É ainda referido que deve existir envolvimento do pai ou outra pessoa significativa, em todas as fases do trabalho de parto, mesmo quando é efetuada uma cesariana, sendo ainda reconhecido o direito ao acompanhamento até três pessoas de referência da parturiente, em sistema de alternância (22).

A DGS (9) refere que a presença do acompanhante é fundamental ao longo de toda a gravidez, pelo que deverão ser adotadas medidas que garantam a cooperação entre a mulher grávida, o seu acompanhante e os profissionais de saúde, devendo ainda as administrações hospitalares considerar na organização dos serviços, a criação de instalações adequadas de forma a permitir a presença de acompanhante, garantindo a privacidade da parturiente (18).

Uma outra forma de violência obstétrica é o não respeito pela intimidade da mulher durante o trabalho de parto (7), não existindo na realidade nacional indicadores que permitam definir a sua presença ou não nas instituições de saúde portuguesas. Contudo, a sua salvaguarda está contemplada na Lei de Bases de Saúde (19), que define que todas as pessoas têm direito à proteção da sua saúde, com respeito pelos princípios de igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade.

Perspetiva Internacional

A violência obstétrica é um problema bem reconhecido por organizações internacionais, sociedades de direitos civis e comunidades de mulheres, existindo ainda evidência que sugere que o desrespeito e abuso das mulheres durante o parto é algo bem presente em todo o mundo, no entanto parece não existir nenhum consenso internacional em como esse desrespeito e abuso deve ser definido e posteriormente medido (23). Consequentemente, a sua prevalência e impacto na saúde, bem-estar e escolhas da mulher ainda não é conhecido; bem como, ainda não existem políticas claras nas instituições de saúde para abordar esta problemática, ou se existem, não são específicas, não foram adotadas ou não se traduzem em ações significativas (7).

Cada vez mais mulheres por todo o mundo têm os seus bebés em instituições de saúde, no entanto a qualidade dos cuidados prestados continua num nível abaixo do desejado. Em alguns contextos, os cuidados são poucos e tardiamente prestados, enquanto que outros contextos são prestados cuidados excessivamente intervencionistas (2).

Segundo a FIGO (24), muitas instituições de saúde, especialmente em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, são sobrelotadas, não têm profissionais de saúde qualificados em número suficiente, tendo poucos recursos físicos e técnicos; fatores identificados como predisponentes à ocorrência de violência obstétrica (23). Por exemplo, no Brasil, país onde a problemática da Violência Obstétrica é amplamente abordada, inclusive na academia de enfermagem, uma em cada 4 mulheres é vítima de violência obstétrica no parto (4).

Bohren *et al.* (23), relatam experiências de abuso verbal e abuso físico, como toques violentos, uso de força e agressão física dirigidas por profissionais de saúde a parturientes, comuns em dados analisados provenientes de cerca de 18 países, como por exemplo num hospital universitário na Nigéria, em que 98% das mulheres que deram à luz reportaram que foram alvo de pelo menos um tipo de maus-tratos, prevalência verdadeiramente preocupante. Na África do Sul, não era permitida a presença de acompanhante durante o parto a cerca de 84,5% das

mulheres (23).

Muitos profissionais de saúde, nos estudos provenientes de 18 países, confirmaram que mulheres de um nível socioeconómico mais baixo estão mais propensas a receber cuidados mais deficitários, tendo ainda identificado que os cuidados que mais frequentemente falhavam eram a obtenção do consentimento informado, a manutenção da confidencialidade e a permissão de acompanhamento durante o parto, assumindo que muitas das preocupações e preferências das mulheres durante o trabalho de parto não eram atendidas (23). Corroborando a informação colhida junto dos profissionais de saúde, a falta de confidencialidade foi uma das situações mais referidas pelas mulheres em todos os estudos examinados, referindo que muita da sua informação privada era partilhada com os seus parceiros sem o seu consentimento e até com outras utentes. Por outro lado, o desrespeito pela intimidade da mulher foi também uma problemática amplamente referida, tendo sido relatada a realização de exames vaginais em locais sem qualquer privacidade (23).

Bohren *et al.* (23) salientam a necessidade de criação de instrumentos fidedignos que avaliem a existência de maus-tratos às parturientes, para que se possam delinear intervenções para os prevenir e promover cuidados obstétricos respeitosos, opinião partilhada por Williams (8), que salienta a necessidade de definição de métricas comuns no que à violência obstétrica diz respeito, para que possa ser avaliada em termos de indicadores de saúde. Este caminho parece começar a ser definido, com a compreensão da Violência Obstétrica como uma forma de violência contra as mulheres, uma forma clara de violação dos direitos humanos (8).

Intervenções do EESMO na prevenção da Violência Obstétrica

Em qualquer área de saúde a prevalência de dúvidas é extremamente inquietante. De facto, na sua prática também o EESMO frequentemente, se depara com dúvidas e questões aparentemente problemáticas. O primeiro passo para sanar estas questões, da forma mais eficaz e eticamente correta, baseia-se no recurso à evidência, que fundamentará a prática (16).

A OMS (2) tem emitido ao longo do tempo diversas recomendações acerca da gestão do trabalho de parto nas instituições de saúde, com o objetivo não só de minimizar as principais causas de mortalidade e morbilidade maternas e neonatais, mas também de assegurar que cada mulher e cada bebé atinjam o seu potencial pleno de saúde e bem-estar.

Os cuidados centrados na mulher baseados numa abordagem holística e nos direitos humanos são defendidos pela OE (25) como o modelo que deve guiar a prática do EESMO, pois estes podem otimizar a qualidade dos cuidados prestados durante o parto, reduzindo intervenções desnecessárias e reduzindo custos. É essencial que todas as intervenções clínicas durante o parto sejam apenas implementadas quando há evidência clara que estas podem resultar em benefício para a mulher e para o bebé e minimizar potenciais riscos (2).

Sauaia & Serra (5) referem a importância da divulgação de políticas para a prevenção da violência obstétrica, sendo essencial a capacitação dos profissionais de saúde para um atendimento humanizado. O EESMO pode e deve intervir de forma a prestar um cuidado individualizado e personalizado, pois é geralmente o profissional que estabelece um contacto mais próximo com a mulher em trabalho de parto, opinião partilhada por Alexandria *et al* (6), que referem que o enfermeiro é quem tem mais tempo de contato com a parturiente.

Considerando a posição privilegiada que o EESMO ocupa perante a mulher e a sua família, é essencial que este contribua de forma efetiva para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assegurando-se que as intervenções prestadas são humanizadas e isentas de violência obstétrica (6).

Segundo Moura *et al* (3), os enfermeiros são fundamentais na prevenção da violência obstétrica e sugerem intervenções para tal, nomeadamente: o acolhimento personalizado nas instituições de saúde, a explicação de todos os procedimentos à mulher, garantindo a sua compreensão; a não realização de procedimentos dolorosos sem necessidade, nomeadamente toques vaginais por rotina, a escuta ativa das necessidades, preocupações e ansiedades

da grávida e garantir a permanência de um acompanhante à escolha da grávida. Por outro lado, o autor salienta a importância da formação contínua, para que o EESMO possa aplicar e transmitir à grávida informação válida e fide-digna.

Por sua vez, Carvalho *et al.* (26) referem a importância de orientar as mulheres grávidas e as suas famílias sobre os benefícios do parto natural, sobre as possíveis complicações e intervenções associadas, ensinando-as a distinguir as intervenções questionáveis. Referem ainda que o EESMO deverá promover a formulação de um plano de parto, pois esta é uma ferramenta que promove a autonomia da mulher grávida e conduz a que reflete sobre os seus próprios direitos durante a gravidez e parto, melhorando a comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde responsáveis pela sua assistência e aumentando a sensação de controlo da mulher durante o seu trabalho de parto.

O plano de parto consiste num documento escrito, elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto (27). A Lei nº 110/2019 (22) supõe a preparação da grávida ou do casal para a elaboração do plano de nascimento (ou de parto) no âmbito dos cursos de preparação para a parentalidade, o qual deve ser apresentado e discutido com a equipa da unidade de saúde onde se prevê que o parto venha a ocorrer, envolvendo os profissionais de saúde e a grávida ou o casal, estando explícito que na elaboração do plano de nascimento deve ser prestado apoio a grávida ou casal, tendo por base um diálogo construtivo, no respeito pelo contexto cultural e pessoal da grávida, informando e esclarecendo, sublinhando que a vontade da grávida ou do casal deve ser respeitada, salvo em situações clínicas que o desaconselhem.

Quando a mulher não apresenta plano de parto, deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências, nomeadamente sobre a escolha e presença de acompanhante, estratégias de gestão da dor, posição para o trabalho de parto e parto, entre outros (25).

A APDMGP (17) refere que é necessário que a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde maternos vá para além de indicadores como a mortalidade materna e neonatal, sugerindo incluir indicadores que tenham em conta a experiência das mulheres e a sua satisfação com os cuidados prestados, por exemplo através da realização de questionários de satisfação.

A FIGO (24) em parceria com organizações como a ICN e a OMS, definiu em 2015 dez critérios que vão para além dos tradicionais indicadores de qualidade dos cuidados materno-fetais, que deverão ser atendidos pelas instituições de saúde e seus profissionais, para que estas possam ser consideradas Mother–baby friendly birthing facilities:

Assegurar que a mulher tem liberdade para comer, beber, andar e mover-se durante a primeira fase do trabalho de parto, bem como adotar uma posição à sua escolha durante a segunda e terceira fases, desde que não exista nenhuma contra-indicação clínica.

- Assegurar que mulheres que sejam HIV positivas não recebem qualquer tipo de tratamento discriminatório.
- Garantir privacidade ao longo de todo o trabalho de parto.
- Permitir a presença de pelo menos um acompanhante à escolha da mulher ao longo de todo o trabalho de parto.
- Prestar cuidados culturalmente sensíveis, que respeitem os valores e crenças individuais.
- Não permitir qualquer tipo de abuso físico, verbal, emocional dirigido às mulheres e suas famílias.
- Garantir transparência quando há custos financeiros associados.
- Assegurar que a evidência científica é sistematicamente incluída na prática, assim como tomar medidas para que procedimentos desnecessários, desatualizados e/ou prejudiciais sejam abolidos de protocolos e rotinas.

- Promover o contacto pele-a-pele imediato entre mãe e recém-nascido e promover a amamentação exclusiva.

Por sua vez, a OMS [\(2\)](#) elaborou recomendações para uma experiência de parto positiva e, portanto, isenta de desrespeito e violência, através das quais podemos salientar algumas intervenções passíveis de serem adotadas pelo EESMO na sua prática. Em primeiro lugar é salientada a importância de uma comunicação efetiva entre o profissional e a mulher, devendo o primeiro apresentar-se e tratar a mulher pelo nome da sua preferência, assegurar que todos os procedimentos são explicados à mulher e que o seu consentimento livre e esclarecido é sempre obtido. A mulher deverá ser encorajada a expressar as suas necessidades e preferências. Em segundo lugar, é salientada a importância da continuidade de cuidados, devendo preferencialmente ser sempre o mesmo EESMO a seguir a mulher ao longo do seu trabalho de parto.

Tal como a restante evidência referida, é salientado pela OMS [\(2\)](#) a necessidade da abolição da realização de intervenções por rotina, que não sejam baseadas na evidência, nomeadamente, toques vaginais, tricotomia prévia a um parto vaginal, amniotomia, episiotomia, manobra de Kristeller (aplicação de pressão no fundo uterino) e enema.

Com o objetivo de reduzir a realização da episiotomia por rotina em partos realizados por EESMO, a OE [\(16\)](#) recomenda o uso de técnicas não cirúrgicas como a massagem pré-natal e aplicação de calor no períneo de forma a permitir a distensão perineal progressiva e assim promover a integridade perineal.

A OMS [\(7\)](#) salienta a necessidade de ser realizada investigação sobre a violência obstétrica, para que governos e parceiros possam iniciar, apoiar e manter programas de melhoria da qualidade dos cuidados prestados à mulher grávida, prevenindo e eliminando o desrespeito e abuso das mulheres durante o parto. Para tal é necessária a existência de profissionais de saúde em dotações adequadas, que tenham experiência prática, que sejam capazes de prestar cuidados de forma contínua e dignos a todas as mulheres e famílias de quem cuidam [\(2\)](#).

Considerações Finais

Considerando que a problemática da violência obstétrica é parcamente abordada por instituições nacionais e internacionais, não existindo atualmente indicadores claros que a permitam medir e analisar, torna-se importante a cada vez maior participação do EESMO nas políticas de saúde, como um advogado não só dos direitos da mulher/família de quem cuida, mas como um defensor da excelência do cuidar, baseada num atendimento cada vez mais humanizado.

Os cuidados de Saúde Materna e Obstétrica devem assim basear-se numa filosofia de cuidado centrado na mulher onde sejam privilegiadas as suas preferências e a tomada de decisão informada, devendo ser valorizada a forma como cada mulher experiencia a maternidade. A mulher deve ser vista como parceira no planeamento dos seus cuidados, fomentando o seu controlo sobre a sua situação de saúde e assim ser promovida uma relação de confiança entre esta e o EESMO, que deverá assegurar a exequibilidade dos cuidados face aos seus desejos e expectativas.

Muitas das questões que atualmente se colocam aos EESMO advém fortemente de modelos tradicionais, nomeadamente o biomédico, ainda hoje enraizados nas nossas unidades de saúde, sendo que a alteração dessas mesmas práticas só poderá ser feita através de uma constante atualização de conhecimentos baseados em evidência científica.

Para que o EESMO seja um elemento de referência na assistência da mulher em trabalho de parto, prevenindo situações de violência obstétrica é importante que este demonstre o seu importante contributo para o serviço nacional de saúde, através da criação de indicadores mensuráveis da elevada qualidade dos cuidados especializados, bem como a apresentação de bons resultados face aos indicadores já existentes. Poderão assim, as intervenções autónomas e especializadas do EESMO constituir importantes contributos para a saúde das mulheres com implicações nas políticas de saúde, ganhos em saúde e na relação custo-benefício dos cuidados, com implicações na sustentabilidade do SNS.

Referências Bibliográficas

- (23) Bohren, M, Joshua P, Vogel, E, Hunter, O, Suprita, M, Souza, J. ... Gulmezoglu, M (2015). The Mistreatment of Women during Child-birth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847#abstract0>
- (24) Figo (2015). Mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 128 (2), 95-99. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>
- (25) Barradas, A; Torgal, A; Gaudêncio, A; Prates, A; Madruga, C; Clara, E ... Varela, V. (2015) Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Ordem dos Enfermeiros.
- (26) Carvalho, A, Pedroga, , Ribeiro, C, Assis, L, Kalil, J & Silva, S (2019). Violência Obstétrica: A Ótica sobre os Princípios Bioéticos e Direitos das Mulheres. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26(1), 52-58. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- (27) Ordem dos Enfermeiros (2012). Plano de parto. Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. PARECER N.º 7 / 2012.