

Análise das Práticas de Violência Obstétrica nas Mulheres inscritas na Unidade de Saúde Familiar da Estrela

Francisco Carlos de Pinho Duarte

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(Mestrado Integrado)

Orientadora: Dra. Cátia Carina Pontífice Fernandes
Co-orientadora: Professora Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto
Co-orientador: Professor Doutor Dário Jorge da Conceição Ferreira

abril de 2022

Dedicatória

À minha mãe, às minhas avós e à minha irmã.

Agradecimentos

À Dra. Cátia Fernandes que, no meio de uma lista enorme de utentes, de uma pandemia e das suas responsabilidades enquanto mãe, conseguiu ter sempre uma palavra de alento, motivação e amizade. Não teria sido possível apresentar estes resultados se não fosse a sua persistência e dedicação.

À Doutora Amélia Augusto por me permitir trazer uma lente mais humana e sociológica a este trabalho e tema que tanta influência tem na vida de muitas parturientes.

Ao Doutor Dário Ferreira pela sua incondicional ajuda e pelo seu contributo durante todo o processo de investigação.

A todos os colaboradores da Unidade de Saúde Familiar da Estrela, médicos, enfermeiros e secretárias clínicas, agradeço a sua prestabilidade para com este trabalho.

Às 23 mulheres com quem conversámos, o meu muito obrigado por terem feito parte do meu percurso e terem partilhado connosco a sua experiência de parto.

À minha família, que durante estes anos, nunca esgotaram os gestos de carinho e a força para continuar. Em especial à minha mãe, por ter superado 12 horas de trabalho de parto para eu nascer num contexto obstétrico que foi tudo, menos humanizado. À minha irmã que não poupou nas palavras quando reviu estas páginas.

À Covilhã, agradeço ter sido o solo fértil que me fez crescer. À Faculdade de Ciências da Saúde agradeço ter-me dado as ferramentas necessárias para me cultivar.

À minha Família Não Oficial, às minhas Parvas e às amigas de todos os telefonemas e mensagens, que tiveram paciência para todas as horas em que me ouviram. Obrigado por todo o apoio que sempre me deram. Às minhas madrinhas, por terem acompanhado todo este processo à distância, e terem estado sempre presentes em todas as dúvidas e desabafos.

Aos meus tontos de sempre para que nunca tenham medo de dar um passo em frente e arriscar. Poderão sempre contar comigo nas alegrias e adversidades.

À Associação Nacional de Estudantes de Medicina por ter despertado em mim o interesse pelos Direitos e Saúde Sexuais e Reprodutivos e a vontade de mudança.

Prefácio

Mais paciência com o sofrimento que a mulher tem durante o trabalho de parto, pois a tolerância à dor não é igual para todas as mulheres.

Ser permitido a presença do meu marido durante a cesariana.

Gostaria de ter sido mais respeitada e ter sido assistida mais atempadamente para não ter que ter chegado ao ponto de o bebé ter entrado em sofrimento.

Foi um parto muito doloroso e sofrido, mas sempre muito bem tratada e ajudada por todos os profissionais.

Nada, correu tudo bem, tive excelentes profissionais comigo que para o primeiro [parto] foi muito bom. Fossem todos assim.

Que não fosse cesariana, fiquei triste e em baixo, não estava preparada emocionalmente porque o [parto] anterior foi natural e foi muito rápido e fácil.

Que não tivesse demorado muito tempo até fazerem a decisão de cesariana.

Um pouco mais de atenção por parte dos profissionais de saúde. Muito frios e sem compreensão pelas dores que sofremos.

Respostas à questão: O que gostaria que tivesse sido diferente no seu último trabalho de parto?

Resumo

Introdução: A Violência Obstétrica é definida como tratamento desumanizado, excesso de utilização de fármacos e a “patologização” do trabalho de parto. Engloba procedimentos nos quais as mulheres são privadas de autonomia relativamente ao seu corpo e a realização de outros sem o seu consentimento. Os objetivos deste trabalho são avaliar e aferir a prevalência de práticas de violência obstétrica nas mulheres inscritas na Unidade de Saúde Familiar da Estrela, assim como discutir as práticas mais frequentes e perceber as consequências para as mulheres.

Materiais e Métodos: O nosso estudo é observacional, transversal e descritivo e apresenta critérios de inclusão e exclusão claros, que condicionam mulheres que estão inscritas na Unidade de Saúde Familiar da Estrela e que pariram entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019. Foi entregue um questionário para colher os dados.

Resultados: Cerca de 8.7% das mulheres consideram ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos durante o trabalho de parto e 13% não têm a certeza. Alguns procedimentos foram realizados sem consentimento entre 4.3% a 15% das mulheres. A Manobra de Kristeller foi realizada em 17.4% das mulheres, 39.1% dos partos foram induzidos e a taxa de cesariana é de 47.8%. O desrespeito, humilhação e a restrição de movimentos e de posição apresentam associação estatisticamente significativa com a perceção de ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos durante o trabalho de parto.

Conclusão: A Violência Obstétrica, na nossa amostra, está diretamente relacionada com 4 práticas: desrespeito e humilhação por parte dos profissionais de saúde e restrição de movimento e de posição durante o parto. Existem ainda alguns procedimentos que urgem ser analisados, dada a sua prevalência: taxa de cesarianas, indução do trabalho de parto e Manobra de Kristeller, pelo que devem ser implementadas medidas para mitigar este tipo de práticas.

Palavras-chave

Violência Obstétrica; Trabalho de Parto; Gravidez; Consentimento; Autonomia.

Abstract

Introduction: Obstetric Violence is defined as dehumanized treatment, abuse of medication and the pathologization of labour. It encompasses procedures in which women are deprived of autonomy regarding their bodies and others performed without their consent. The objectives of this study are to evaluate labour and assess the prevalence of Obstetric Violence practices in women who are medically followed at Unidade de Saúde Familiar da Estrela, as well as discuss the most frequent procedures and their post-labour consequences for women.

Methods and Materials: We conducted an observational, cross-sectional and descriptive study, with clearly defined inclusion and exclusion criteria, conditioning women who are medically followed at *Unidade de Saúde Familiar da Estrela* that have given birth between January 2015 and December 2019. A questionnaire was delivered to collect the data.

Results: There are 8.7% of women that consider having suffered some form of violence or mistreatment during labour and 13% are not sure. Some procedures were performed without consent in between 4.3% and 15% of our sample. The Kristeller's Manoeuvre was performed in 17.4% of women, 39.1% of labours were induced and the caesarean delivery was performed in 47.8%. Disrespect, humiliation, movement and position restriction are statistically related to having suffered some form of violence or mistreatment during labour.

Conclusion: Obstetric Violence in these women is directly related with 4 different types of practices: disrespect and humiliation from health care professionals as well as position and movement restriction during labour. There are other procedures that should be analysed due to their prevalence: caesarean deliveries, induction of labour and the Kristeller's Manoeuvre. Measures should be put in place to mitigate these practices.

Keywords

Obstetric Violence; Labour; Pregnancy; Consent; Autonomy.

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Prefácio	vii
Resumo	ix
Palavras-chave	ix
Abstract	xi
Keywords	xi
Lista de Tabelas	xv
Lista de Acrónimos	xvii
1. Introdução	1
2. Materiais e Métodos	3
2.1. Tipo de Estudo	3
2.2. Procedimentos	3
2.3. Amostra e Métodos de Recolha de Dados	4
2.4. Análise Estatística	5
3. Resultados	7
3.1. Dados sobre o parto	7
3.2. Procedimentos	8
3.3. Atitudes dos profissionais de saúde face à parturiente	9
3.4. Análise Multivariável	10
3.4.1. Faixa Etária	11
3.4.2. Paridade (“Este foi o seu primeiro parto?”)	12
3.4.3. Número máximo de profissionais de saúde que estiveram presentes em algum momento do último trabalho de parto	13
3.4.4. Tipo de parto	15
3.4.5. Influência do conhecimento do conceito “Violência Obstétrica”	17
3.4.6. Toques vaginais	17
3.4.7. Atitudes dos profissionais de saúde	19
4. Discussão	23
4.1. Limitações	27
5. Conclusão	29
6. Referências Bibliográficas	31

Anexo 1 – Tabelas de Frequência	35
Anexo 2 - Questionário	41
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior	51
Anexo 4 – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro	52

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Teste de Fisher – Análise Multivariável da Faixa Etária.....	11
Tabela 2 - Teste Z – Tabelas de Contingência.....	12
Tabela 3 - Teste de Fisher – Análise Multivariável da Paridade (“Este foi o seu primeiro parto?”).....	13
Tabela 4 - Teste de Fisher – Análise Multivariável do máximo de profissionais de saúde que estiveram presentes em algum momento do último trabalho de parto.....	14
Tabela 5 - Teste de Fisher – Análise Multivariável do Tipo de Parto.....	16
Tabela 6 - Teste de Fisher – Análise Multivariável do conhecimento do conceito “Violência Obstétrica”.....	17
Tabela 7 - Teste de Fisher – Análise Multivariável dos toques vaginais.....	18
Tabela 8 - Teste de Fisher – Análise Multivariável das Atitudes dos Profissionais de Saúde e a sua consequência na percepção das mulheres de terem sido vítimas de maus-tratos ou violência.....	20
Tabela 9 - Teste de Fisher – Análise Bivariável da posição do trabalho de parto e da restrição dos movimentos.....	22
Tabela 10 - Dados sobre o Parto.....	35
Tabela 11 - Toques Vaginais, Número de Profissionais e Consentimento.....	36
Tabela 12 - Utilização de anestesia e/ou fármacos durante o trabalho de parto.....	37
Tabela 13 - Aplicação de procedimentos durante o trabalho de parto.....	37
Tabela 14 - Atitudes dos Profissionais de Saúde e maus-tratos durante o trabalho de parto.....	39

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
APDMGP	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
ARS	Administração Regional de Saúde
CE	Comissão de Ética
CIMS	<i>Coalition for Improving Maternity Services</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPSS	<i>Software Package for Social Sciences</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar
VO	Violência Obstétrica

1. Introdução

A violência obstétrica (VO) é definida como a “apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos profissionais de saúde, apresentando-se como tratamento desumanizado, abuso de medicação e conversão de processos naturais em processos patológicos, o que conduz a uma falta de autonomia e perda da capacidade de decisão livre sobre os seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres” (1).

Tendo por referência este conceito, existe um conjunto de práticas consideradas abusivas e que podem ser consideradas como VO, nomeadamente, a recusa de cuidados de saúde ou de alimentação e água, a episiotomia e cesariana eletivas, a Manobra de Kristeller, toques vaginais sucessivos, a indução do trabalho de parto sem necessidade clínica evidente e a aceleração farmacológica do mesmo, a restrição de movimentos e da posição durante o trabalho de parto, a realização de procedimentos sem anestesia, a rutura artificial das membranas, o “ponto do marido”, a tricotomia, a instrumentalização do parto sem indicação clínica, o enema, o desrespeito verbal, o assédio sexual, as agressões físicas e a recusa da presença de um acompanhante à escolha (2).

A VO surge em diferentes níveis, quer pessoais, sociais e institucionais (3) e existe uma crença, por parte de médicos e mulheres, de que a violência é aceitável quando a parturiente não coopera ou é desobediente (4).

Em Portugal, apesar de este conceito não estar presente na Constituição da República Portuguesa nem no Código Penal Português, existe um conjunto de Artigos que acabam por englobar alguns aspetos da violência obstétrica, nomeadamente os 149º e 150º Artigos, que se referem ao consentimento livre e informado do utente (5). Para além disso, o próprio Código Deontológico da Ordem dos Médicos prevê nos seus Artigos 20º, 21º e 23º a utilização do mesmo consentimento para a realização de procedimentos (6). O consentimento livre e informado pressupõe a transmissão de informação de forma adequada, compreensiva e com o direito à recusa por parte do sujeito em qualquer momento e sem qualquer tipo de prejuízo para o mesmo, previamente à realização de qualquer procedimento médico preventivo, de diagnóstico e/ou terapêutico (7). Ao mesmo tempo, a autonomia é um conceito interseccional com o anterior, na medida em que pressupõe o direito de cada ser humano realizar decisões racionais e escolhas morais, permitindo, assim, o exercício da autodeterminação (8). As manobras de violência obstétrica implicam uma redução da autonomia da parturiente durante o trabalho de parto, o que condiciona a sua liberdade corporal e sexual durante o parto (2).

A partir da segunda metade do Século XX, com a hospitalização do trabalho de parto, foi possível uma redução das taxas de mortalidade infantil e materna (9). Contudo, esta hospitalização, ou institucionalização do parto, acabou por dar origem a um conjunto de intervenções muitas vezes não consentidas que vão afetar diretamente, e frequentemente de forma negativa, a perceção das

mulheres relativamente ao seu parto, transformando-o, em alguns casos, numa experiência traumática (10). De um ponto de vista estatístico e, retomando as práticas consideradas como VO, Portugal apresenta alguns dados preocupantes, nomeadamente no que concerne à aceleração do processo de parto com fármacos, a amniotomia e a episiotomia.(10) Para além disso, existem práticas nefastas que são condenadas pela própria Organização Mundial da Saúde (OMS), e que são perpetuadas nos hospitais portugueses, de acordo com o “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª Edição” da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, nomeadamente a Manobra de Kristeller (11).

Neste sentido, pretende-se estudar o trabalho de parto das mulheres inscritas na Unidade de Saúde Familiar da Estrela e aferir a prevalência de práticas de VO, assim como compreender quais destas práticas são mais frequentes durante o trabalho de parto. Pretende-se, ainda, aferir as consequências destas práticas na saúde pós-parto das mulheres.

2. Materiais e Métodos

2.1. Tipo de Estudo

Este é um estudo observacional, transversal e descritivo. Considera-se observacional pelo facto de não haver influência do investigador sobre os participantes, isto é, o mesmo limita-se a descrever e a interpretar os dados, não os modificando ou alterando. Ao mesmo tempo, identifica-se como transversal, tendo em conta que é analisada uma amostra da população num período específico e pontual do tempo. É, ainda, um estudo descritivo, uma vez que os dados, informações e experiências dos constituintes da amostra são organizados descritivamente ao longo do estudo.

2.2. Procedimentos

Antes de se iniciar o trabalho de campo, realizou-se uma pesquisa de revisão literária na PubMed®, NCBI® e RCAAP® com as palavras-chaves que integram este estudo (quer em português, quer em inglês): *Violência Obstétrica; Trabalho de Parto; Gravidez; Consentimento; Autonomia*. Desta forma, foi possível recolher artigos que serviram de base para a discussão do trabalho, assim como um enquadramento do conhecimento. Esta pesquisa demonstrou-se importante para a definição da *legis artis*.

Finalmente, adaptou-se o Anexo 1 do Estudo “A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto”, da autora Ana Maria Basso Rohde, e criou-se um questionário (Anexo 2) que foi entregue a todas as participantes deste estudo. Explorando este questionário, conseguimos perceber que o mesmo se divide em 3 partes que versam sobre as diferentes variáveis em estudo. A primeira parte inclui dados sociodemográficos e relativos ao parto e pretende avaliar a preparação e o tipo de parto assim como a perceção das participantes relativamente à violência obstétrica. A segunda parte explora os diferentes procedimentos que foram realizados durante o trabalho de parto, com especial atenção ao consentimento para a realização do mesmo. Para além disso, pretende recolher informações relativamente a eventuais complicações resultantes da realização da episiotomia. A terceira, e última parte, visa, de um ponto de vista mais sociológico, perceber de que tipo de atitudes as participantes foram alvo durante o trabalho de parto.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior, tendo recebido parecer positivo a 13 de abril de 2021 (Anexo 3). Adicionalmente, foi submetido à CE da Administração Regional de Saúde do Centro, tendo recebido parecer favorável a 23 de setembro de 2021 (Anexo 4). Antes de proceder à explanação de mais secções, importa salientar que, inicialmente, pretendia-se estudar a população do Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira. No entanto, a equipa de investigação compreendeu que este seria, pela sua abrangência, um trabalho não compatível com o tempo de realização da presente investigação, pelo que se alterou a população em estudo contemplando apenas a pertencente à USF da Estrela, o que justifica a alteração no nome do projeto submetido às CE e o nome do presente estudo.

O questionário encontrava-se anexado a uma Declaração de Consentimento Livre Informado e Escrito (Anexo 2). Para além disso, garantiu-se o anonimato de todas as participantes da amostra, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Desta forma, foram asseguradas todas as normas vigentes no âmbito dos trabalhos de investigação, segundo os princípios da Declaração de Helsínquia.

Posteriormente, formalizou-se o contacto com o Diretor Executivo do ACES Cova da Beira, Dr. Manuel Tomás Geraldês, que autorizou a aplicação dos questionários. Neste seguimento, estabeleceu-se uma ponte com a USF da Estrela e com os diferentes médicos que exercem funções clínicas na mesma, para aplicação dos questionários durante as suas consultas.

Finalmente, após terem sido recolhidos os dados, os mesmos foram inseridos numa base de dados, anonimizados, tendo-se procedido à análise estatística dos mesmos.

2.3. Amostra e Métodos de Recolha de Dados

Este estudo focou-se na USF da Estrela, Unidade Funcional do ACES Cova da Beira. A aplicação dos questionários foi feita através de administração direta, em que as participantes reponderam aos mesmos sozinhas sem influência dos investigadores, e iniciou-se em outubro de 2021 tendo sido concluída em dezembro de 2021.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão no estudo:

- Mulheres inscritas na USF da Estrela;
- Parto entre janeiro de 2015 (inclusive) e dezembro de 2019 (inclusive).

Este intervalo temporal foi definido para evitar alterações na perceção do trabalho de parto das mulheres durante a evolução da pandemia COVID-19 em Portugal, uma vez que sabemos que os moldes do trabalho de parto tiveram que ser alterados. Para além disso, existe um estudo da APDMGP (10) que apresenta o mesmo intervalo temporal, pelo que foi considerado pertinente utilizar o mesmo para comparações e discussão.

Foram excluídos deste estudo mulheres que não se encontrassem inscritas na USF da Estrela, assim como mulheres que pariram em datas não compreendidas no intervalo de tempo definido.

Para um erro de 5%, tendo em conta a população, foi definida uma amostra não probabilista e de conveniência de 72 mulheres (12). No entanto, a amostra conseguida foi de 23 mulheres.

2.4. Análise Estatística

O registo dos dados, recolhidos através de um questionário físico, foi feito através da plataforma GoogleForms®, com posterior conversão para GoogleSheets®. A análise estatística dos dados foi efetuada através do *Software Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 28 para o MacOS®.

A análise dos dados foi feita por secções: caracterização do parto, procedimentos utilizados e atitudes dos profissionais de saúde. Os dados foram organizados em tabelas de frequência da distribuição das respostas.

A significância utilizada nos testes estatísticos aplicados nesta dissertação é de 5%. Assim, quando o valor da probabilidade associado ao respetivo teste é inferior a 5% ($p < 0.05$), rejeita-se a hipótese nula (H_0). O Teste de Fisher foi utilizado para testar a associação entre duas variáveis nominais, admitindo-se duas hipóteses:

- H_0 : as duas variáveis são independentes, ou seja, não existe associação entre as categorias de uma variável e as categorias de outra;
- H_1 : as duas variáveis apresentam uma associação entre si, ou seja, existe associação entre as categorias de uma variável e as categorias da outra.

Desta forma, sempre que o valor da probabilidade associado ao Teste de Fisher (p) é inferior a 5% ($p < 0.05$), rejeita-se a hipótese nula (H_0) e conclui-se que existe uma associação significativa entre as duas variáveis. Pelo contrário, quando o valor da probabilidade associado ao Teste de Fisher (p) é superior, ou igual a 5% ($p \geq 0.05$), não se rejeita a hipótese nula, isto é, conclui-se que não existe uma associação significativa entre as variáveis. Foi também utilizado o Teste Z, para comparação das proporções por colunas, em tabelas de contingência. O SPSS, ao realizar este teste, não fornece um valor p . A informação é dada a partir de letras associadas a cada coluna. Assim, não existem diferenças significativas nas proporções entre colunas com a mesma letra. Pelo contrário, existem diferenças significativas entre as proporções das colunas que tenham associadas letras diferentes.(13).

3. Resultados

3.1. Dados sobre o parto

Quanto à distribuição da amostra por idades, verifica-se que 5 mulheres se encontravam na faixa etária dos 25 aos 30 anos (21.7%), 13 mulheres entre os 31 e 35 anos (56.5%), 4 mulheres entre os 36 e os 40 anos (17.4%) e 1 mulher acima dos 40 anos (4.3%).

Relativamente à localização do último parto, a maioria das mulheres indicou o Hospital Pêro da Covilhã do Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira (n=21, 91.3%). A Maternidade *Bissaya Barreto* e a Maternidade Doutor Daniel de Matos, ambos institutos do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, foram indicados, individualmente, por apenas 1 mulher (4.3%).

No que toca à paridade, 18 mulheres referem este como o seu primeiro parto (78.3%) e 5 mulheres referem já ter parido anteriormente (21.7%).

No que diz respeito ao início do trabalho de parto, 13 mulheres indicam que o mesmo se iniciou naturalmente, em casa ou em outro local, (56.5%), 4 indicam que o mesmo se iniciou no hospital, com indução através de fármacos, por recomendação médica de induzir às 41 semanas (17.4%), 3 mulheres indicam que o mesmo se iniciou no hospital, com indução através de fármacos, por outra razão médica (13%), 2 mulheres indicam que se iniciou no hospital, com indução através de fármacos, por ter sido previamente planeado para aquele dia (8.7%) e 1 mulher não respondeu (4.3%)

Em relação aos profissionais que assistiram o último trabalho de parto, 1 mulher indicou que apenas foi acompanhada pela equipa médica (4.3%), 19 mulheres foram acompanhadas pela equipa de enfermagem e médica (82.6%) e 3 mulheres foram acompanhadas pela equipa de enfermagem e médica, assim como por estudantes de medicina ou de enfermagem (13%). O número máximo de profissionais que estiveram presentes durante o trabalho de parto variou, sendo que 3 mulheres indicam que tiveram a presença de entre 1 a 2 profissionais de saúde durante o trabalho de parto (13%), 10 mulheres indicam entre 3 a 4 profissionais de saúde (43.5%), 9 mulheres indicam 5 ou mais profissionais de saúde (39.1%) e 1 mulher não respondeu (4.3%). Quanto à influência do número de profissionais de saúde durante o trabalho de parto sobre a sua perceção do parto, 1 mulher refere que não se sentiu confortável (4.3%), 10 mulheres referem que melhorou os cuidados de saúde que receberam (43.5%), 10 mulheres referem que não fez qualquer tipo de diferença no trabalho de parto (43.5%) e 2 mulheres não responderam (8.7%)

O tipo de trabalho de parto mais frequente foi o parto vaginal não instrumentado, em 9 mulheres (39.1%), seguido da cesariana urgente, em 6 mulheres (26.1%). Os partos do tipo vaginal instrumentado, cesariana emergente e cesariana programada por razões médicas partilharam o mesmo valor absoluto de mulheres – 2 – o que corresponde a 8.7% para cada tipologia. A

cesariana não programada foi o tipo de parto menos comum, aplicando-se apenas a 1 mulher (4.3%). Uma mulher não respondeu a esta questão (4.3%).

Tendo em conta o conhecimento relativamente ao plano de parto, 14 mulheres sabem o que é um plano de parto (60.9%), 5 mulheres não sabem o que é (21.7%) e 4 mulheres já ouviram falar, mas não sabem o que é (17.4%). Quanto à sua realização e entrega aos profissionais de saúde, apenas 2 mulheres referem tê-lo feito (8.7%) e 21 mulheres não realizaram e não entregaram plano de parto (91.3%). Das duas mulheres que realizaram o plano de parto, apenas uma considera que este foi respeitado integralmente, sendo que a outra não respondeu.

No que à última variável desta secção concerne, o conhecimento do conceito VO, 12 mulheres encontram-se familiarizadas com o mesmo (52.2%), 8 mulheres não sabem o que é (34.8%) e 3 mulheres já ouviram falar, mas não sabem o que é (13%).

3.2. Procedimentos

No que respeita ao número de toques vaginais recebidos desde que chegou ao hospital até ao momento do nascimento, 3 mulheres referem não ter recebido qualquer tipo de toque vaginal (13%), 1 mulher refere ter recebido apenas um toque (4.3%), 8 mulheres referem ter recebido entre 2 a 4 toques (34.8%), 4 mulheres referem ter recebido entre 5 a 7 toques (17.4%), 2 mulheres referem ter recebido mais de 10 toques (8.7%) e 5 mulheres não se recordam de quantos toques receberam. Abordando apenas as mulheres que receberam mais do que um toque vaginal, 5 indicam que os mesmos foram feitos apenas por um profissional de saúde (25%), 11 indicam que os mesmos foram feitos por 2 a 4 profissionais de saúde diferentes (55%), 1 indica que foram realizados por mais de 7 profissionais de saúde (5%), 2 não se recordam de quantos profissionais de saúde lhes realizaram este procedimento (10%) e 1 mulher não respondeu (5%). No que se refere ao consentimento para a realização deste procedimento, 17 mulheres indicam que os toques vaginais foram todos consentidos (85%) e 3 mulheres indicam que não lhes foi pedido consentimento (15%).

Relativamente à administração de epidural nas mulheres com parto vaginal, 4 indicam que receberam por opção própria e com o seu consentimento (33.3%), 2 indicam que receberam por sugestão da equipa ou de algum profissional de saúde e com o seu consentimento (16.7%), 4 indicam que não receberam por opção própria (33.3%) e 2 indicam que não receberam, uma vez que foi recusada após terem pedido (16.7%).

No que toca à administração de fármacos aceleradores do trabalho de parto, 11 mulheres indicam que não foram utilizados (47.8%), 7 indicam que foram utilizados com o seu prévio consentimento (30.4%), 2 indicam que foram utilizados, mas que ficaram a saber apenas após a administração (8.7%), 2 não sabem se foram utilizados (8.7%) e 1 não respondeu (4.3%).

No que diz respeito à tricotomia, 10 mulheres indicam que fizeram esse procedimento em casa (43.5%), 7 indicam que não foi realizado (30.4%), 2 indicam que foi realizada sem que fossem consultadas (8.7%), 1 indica que foi realizada sem consentimento (4.3%) e 3 mulheres não se recordam (13%).

Em relação ao enema, 16 mulheres indicam que não foi realizado (69.6%), 1 indica que foi realizado com o seu consentimento (4.3%) e 6 não se recordam (26.1%).

No que se refere à amniotomia, 15 mulheres indicam que não foi realizada (65.2%), 3 indicam que foi realizada sem a sua consulta (13%), 2 indicam que foi realizada com o seu consentimento (8.7%), 1 indica que foi realizada sem consentimento (4.3%), 1 não se recorda (4.3%) e 1 não respondeu (4.3%).

No que concerne à Manobra de Kristeller, 15 mulheres indicam que não foi realizada (65.2%), 4 indicam que foi realizada com o seu consentimento (17.4%) e 4 não se recordam (17.4%).

No que respeita à episiotomia, 17 mulheres indicam que não foi realizada (73.9%), 3 indicam que foi realizada com o seu consentimento (13%), 1 indica que foi realizada sem o seu consentimento (4.3%) e 2 não se recordam (8.7%). Abordando agora a realização da episiorrafia com anestesia local, 15 mulheres indicam que não foi realizado este procedimento (65.2%), 3 indicam que foi realizada com anestesia local (13%), 2 indicam que foi realizada sem anestesia local (8.7%) e 3 não se recordam (13%). Relativamente ao “ponto do marido”, das mulheres que foram submetidas a episiorrafia, 2 indicam que não foi realizado (33.3%) e 4 não se recordam (66.7%). Das mulheres que foram submetidas à episiotomia, 1 indica que teve problemas físicos posteriores ao procedimento (16.7%), 3 indicam que não tiveram nenhum problema físico posterior (50%) e 2 não se recordam (33.3%). A mulher que teve problemas físicos posteriores à episiotomia, indica que os mesmos foram uma recuperação e cicatrização lenta e dolorosa, assim como a manutenção até ao presente das queixas algícas na região da cicatriz.

3.3. Atitudes dos profissionais de saúde face à parturiente

Relativamente a serem desrespeitadas por algum profissional de saúde durante o último trabalho de parto, 3 mulheres indicam que foram desrespeitadas (13%), 19 indicam que não foram (82.6%) e 1 não se recorda (4.3%).

Quanto a humilhação ou a serem diminuídas verbalmente por algum profissional de saúde durante o último trabalho de parto, 4 mulheres indicam que foram humilhadas ou diminuídas verbalmente (17.4%), 17 indicam que não foram (73.9%) e 2 não se recordam (8.7%).

No que se refere a serem acusadas por não estarem a ajudar ou estarem a prejudicar o nascimento do bebé por algum profissional de saúde durante o último trabalho de parto, 4 mulheres indicam que foram acusadas de não estar a ajudar ou estarem a prejudicar o nascimento do bebé (17.4%),

18 indicam que não foram acusadas de não estarem a ajudar ou estarem a prejudicar o nascimento do bebé (78.3%) e 1 não se recorda (4.3%).

Em relação a agressões físicas ou qualquer outro tipo de lesão infligida propositadamente por algum profissional de saúde durante o último trabalho de parto, 21 mulheres indicam que não foram agredidas ou lesionadas propositadamente (91.3%) e 2 não se recordam (8.7%).

No que respeita à recusa de cuidados de saúde por algum profissional de saúde durante o último trabalho de parto, 21 mulheres indicam que não lhes foram recusados cuidados de saúde (91.3%) e 2 não se recordam (8.7%).

Quanto a serem obrigadas a ficarem em decúbito dorsal durante o último trabalho de parto, 8 mulheres indicam que foram obrigadas a ficarem deitadas na cama (34.8%), 13 indicam que tiveram liberdades de movimentos (56.5%) e 2 não se recordam (8.7%).

No que toca à restrição dos movimentos durante o último trabalho de parto, 6 mulheres indicam que tiveram os seus movimentos restringidos (26.1%), 14 indicam que não (60.9%) e 3 não se recordam (13%).

No que concerne à recusa de alimentação ou água durante o último trabalho de parto, 2 mulheres indicam que lhes foi recusada alimentação ou água (8.7%), 19 indicam que não (82.6%) e 2 não se recordam (8.7%).

Em relação à presença de um acompanhante à escolha durante o último trabalho de parto, 21 mulheres indicam que tiveram essa possibilidade (91.3%) e 2 indicam que não (8.7%).

Relativamente à última variável, se a mulher considera ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos durante o último trabalho de parto, 2 mulheres indicam que sofreram alguma forma de violência ou maus-tratos (8.7%), 18 indicam que não (78.3%) e 3 não têm a certeza (13%).

3.4. Análise multivariável

Para permitir uma melhor avaliação da realização de certos procedimentos, foram agrupados dados em categorias de “Sim” e “Não” nas variáveis “O trabalho de parto iniciou-se:” (considerando-se “Sim” as respostas “No hospital, com indução através de fármacos, por recomendação médica de induzir às 41 semanas”, “No hospital, com indução através de fármacos, por outra razão médica” e “No hospital, com indução através de fármacos, por ter sido previamente planeado para aquele dia” e “Não” a respostas “Naturalmente, em casa ou em outro local”, de forma a responder à questão “O parto foi induzido?”), “No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?”, “Manobra de Kristeller” e “Episiotomia”. Ao mesmo tempo, categorizou-se a variável “Tipo de Trabalho de Parto” em “Vaginal” e “Cesariana”.

3.4.1. Faixa Etária

Ao relacionar a faixa etária das mulheres com as questões “Este foi o seu primeiro parto?” ($p=0.341$), “Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até ao momento do nascimento?” ($p=0.482$), “Manobra de Kristeller” ($p=1.000$), “Episiotomia” ($p=0.791$) e “Considera ter sofrido de alguma de violência ou maus-tratos no seu último parto?” ($p=0.601$), verificamos que não existe associação estatística significativa.

No entanto, ao relacionar a faixa etária das mulheres com a variável “No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?” obtemos um valor estatisticamente significativo ($p=0.012$), sendo que na faixa etária dos “25-30 Anos” todas receberam fármacos, na faixa etária “31-35 Anos” apenas 18.18%, na faixa etária “36-40 Anos” 50% e na faixa etária “Acima dos 40 Anos” nenhuma mulher recebeu fármacos. Ao aplicar o Teste Z, Tabela 2, para comparação das proporções por colunas, em tabelas de contingência, pode concluir-se que nas faixas etárias 25-30 anos e 31-35 anos existem diferenças significativas entre a proporção de mulheres em que são utilizados fármacos aceleradores do parto e a proporção de mulheres em que não são utilizados fármacos aceleradores do parto, sendo que, na faixa etária 25-30 anos, é superior a proporção de mulheres em que são utilizados fármacos aceleradores do parto, ao contrário do que acontece na faixa etária 31-35 anos.

Tabela 1. Teste de Fisher – Análise Multivariável da Faixa Etária

<i>Variável</i>	<i>Faixa Etária</i>					<i>Valor de p</i>
		25-30 Anos	31- 35 Anos	36- 40 Anos	> 40 Anos	
<i>Este foi o seu primeiro parto?</i>	Sim	4	11	3	0	0.341
	Não	1	2	1	1	
<i>Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até ao momento do nascimento?</i>	Não recebi toques vaginais	0	3	0	0	0.482
	1 toque	0	1	0	0	
	2 a 4 toques	3	3	1	1	
	5 a 7 toques	1	3	0	0	
	Mais de 10 toques	0	0	2	0	
	Não sei, não me lembro	1	3	1	0	

No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?	Sim	4	2	2	1	0.012
	Não	0	9	2	0	
Manobra de Kristeller	Sim	1	3	0	0	1.000
	Não	3	9	3	0	
Episiotomia	Sim	1	3	0	0	0.791
	Não	3	10	4	0	
Considera ter sofrido de alguma de violência ou maus-tratos no seu último parto?	Sim	1	1	0	0	0.601
	Não	3	11	3	1	
	Não tenho a certeza	1	1	1	0	

Tabela 2. Teste Z – Tabelas de Contingência

No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?

Variável		Sim	Não
Faixa Etária	25-30 Anos	4a	0b
	31-35 Anos	2a	9b
	36-40 Anos	2a	2 ^a
	>40 Anos	1a	0a

3.4.2. Paridade (“Este foi o seu primeiro parto?”)

No que toca à paridade das mulheres, conclui-se que não há associação estatística significativa com as perguntas “Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até ao momento do nascimento?” ($p=0.191$), “No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?” ($p=0.591$), “Manobra de Kristeller” ($p=0.530$), “Episiotomia” ($p=0.546$) e “Considera ter sofrido de alguma de violência ou maus-tratos no seu último parto?” ($p=0.727$).

Tabela 3. Teste de Fisher – Análise Multivariável da Paridade (“Este foi o seu primeiro parto?”)

<i>Este foi o seu primeiro parto?</i>				<i>Valor de p</i>
<i>Variável</i>		<i>Sim</i>	<i>Não</i>	
<i>Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até ao momento do nascimento?</i>	Não recebi toques vaginais	2	1	0.191
	1 toque	0	1	
	2 a 4 toques	5	3	
	5 a 7 toques	4	0	
	Mais de 10 toques	2	0	
	Não sei, não me lembro	5	0	
<i>No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?</i>	Sim	8	1	0.591
	Não	8	3	
<i>Manobra de Kristeller</i>	Sim	4	11	0.530
	Não	0	4	
<i>Episiotomia</i>	Sim	4	0	0.546
	Não	13	4	
<i>Considera ter sofrido de alguma de violência ou maus-tratos no seu último parto?</i>	Sim	2	0	0.727
	Não	0	5	
	Não tenho a certeza	3	0	

3.4.3. Número máximo de profissionais de saúde que estiveram presentes em algum momento do último trabalho de parto

Analisando esta variável, e ao compará-la com as variáveis referentes às perguntas “O número de profissionais de saúde presentes influenciou, de alguma forma, a sua experiência durante o trabalho de parto?” ($p=0.811$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto, se sentiu desrespeitada pelo(s) profissional(ais) de saúde?” ($p=0.456$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi humilhada ou diminuída verbalmente pelo(s) profissional(ais) de saúde?” ($p=0.744$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi acusada de não estar a ajudar ou de estar a prejudicar o nascimento do bebé pelo(s) profissional(ais) de saúde?” ($p=0.856$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi agredida fisicamente pelo(s) profissional(ais) de saúde?” ($p=0.644$) e “Em algum momento do seu último trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a fornecer-lhe cuidados de saúde?” ($p=0.644$), conclui-se que não se verifica uma associação estatisticamente significativa com nenhuma.

Para além disso, tendo em conta que não existe significância estatística ($p=0.401$), podemos inferir que não existe relação entre o número de profissionais de saúde presentes e o facto da mulher considerar ou não ter sido vítima de maus-tratos ou violência durante o trabalho de parto.

Tabela 4. Teste de Fisher – Análise Multivariável do máximo de profissionais de saúde que estiveram presentes em algum momento do último trabalho de parto

Número máximo de profissionais de saúde em algum momento do trabalho de parto						Valor de p
Variável		1 – 2 profissionais	3 – 4 profissionais	5 ou mais profissionais	Não respondeu	
O número de profissionais de saúde presentes influenciou, de alguma forma, a sua experiência durante o trabalho de parto?	Sim, não me senti confortável	0	1	0	0	0.811
	Sim, melhorou os cuidados de saúde que recebi	1	4	5	0	
	Não, a sua presença não me fez diferença	1	4	4	1	
	Não respondeu	1	1	0	0	
Em algum momento do seu último trabalho de parto, se sentiu desrespeitada pelo(s) profissional(ais) de saúde?	Sim	1	2	0	0	0.456
	Não	2	7	9	1	
	Não sei, não me lembro	0	1	0	0	
Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi humilhada ou diminuída verbalmente pelo(s) profissional(ais) de saúde?	Sim	1	1	2	0	0.744
	Não	2	7	7	1	
	Não sei, não me lembro	0	2	0	0	

Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi acusada de não estar a ajudar ou de estar a prejudicar o nascimento do bebé pelo(s) profissional(ais) de saúde?	Sim	1	1	2	0	0.856
	Não	2	8	7	1	
	Não sei, não me lembro	0	1	0	0	
Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi agredida fisicamente pelo(s) profissional(ais) de saúde?	Sim	0	0	0	0	0.644
	Não	3	8	9	1	
	Não sei, não me lembro	0	2	0	0	
Em algum momento do seu último trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a fornecer-lhe cuidados de saúde?	Sim	0	0	0	0	0.644
	Não	3	8	9	1	
	Não sei, não me lembro	0	2	0	0	
Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último parto?	Sim	1	1	0	0	0.401
	Não	2	8	8	1	
	Não tenho a certeza	1	1	1	0	

3.4.4. Tipo de parto

Relacionando o tipo de parto das mulheres com as perguntas, “No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?” ($p=0.170$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama?”” ($p=0.408$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto restringiram os seus

movimentos?” ($p=0.489$), “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi-lhe recusada alimentação ou água?” ($p=0.724$) e “Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou de maus-tratos no seu último parto?” ($p=1.000$), podemos concluir que não existe nenhuma associação.

No entanto, quanto à categorização da pergunta “O trabalho de parto iniciou-se” em “Sim” (foi induzido) e “Não” (não foi induzido), obtemos um valor estatisticamente significativo ($p=0.024$), pelo que se conclui que a indução do trabalho tem influência no tipo de parto.

Tabela 5. Teste de Fisher – Análise Multivariável do Tipo de Parto

<i>Variável</i>	<i>Tipo de Parto</i>		<i>Valor de p</i>	
		<i>Vaginal</i>		<i>Cesariana</i>
<i>O parto foi induzido? (“O trabalho de parto iniciou-se?”)</i>	Sim	1	7	0.024
	Não	9	4	
<i>No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?</i>	Sim	2	6	0.170
	Não	7	4	
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama”?</i>	Sim, fui obrigada a ficar deitada na cama	3	5	0.408
	Não, foi-me permitida liberdade de movimentos durante o trabalho de parto	6	6	
	Não sei, não me lembro	2	0	
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto restringiram os seus movimentos?</i>	Sim	2	4	0.489
	Não	8	5	
	Não sei, não me lembro	1	2	
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi-lhe recusada alimentação ou água?</i>	Sim, foi-me recusada alimentação ou água	2	0	0.724
	Não	8	10	
	Não sei, não me lembro	1	1	

Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou de maus-tratos no seu último parto?	Sim	1	1	1.000
	Não	8	9	
	Não tenho a certeza	2	1	

3.4.5. Influência do conhecimento do conceito “Violência Obstétrica”

A relação entre esta variável e a pergunta “Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou de maus-tratos no seu último parto?” ($p=1.000$) mostra-nos que não existe associação significativa entre conhecer o conceito e ter sido vítima de maus-tratos ou violência durante o trabalho de parto.

Tabela 6. Teste de Fisher – Análise Multivariável do conhecimento do conceito “Violência Obstétrica”

Variável	Está familiarizada com o conceito “Violência Obstétrica”?				Valor de p
	Sim	Não	Já ouvi falar, mas não sei o que é		
Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou de maus-tratos no seu último parto?	Sim	1	9	2	1.000
	Não	1	6	1	
	Não tenho a certeza	0	3	0	

3.4.6. Toques vaginais

Quanto à associação entre o número de toques vaginais e o número de profissionais de saúde que os realizaram, pode concluir-se que existe uma associação estatisticamente significativa ($p=0.004$) que se reflete pelo aumento do número de toques com o aumento do número de profissionais de saúde que realizam os mesmos. Primeiramente, apenas uma mulher recebeu um toque vaginal, sendo que 95% das mulheres receberam mais do que um ($n=19$). Das mulheres que receberam entre 2 a 4 toques, 62.5% referem que os mesmos foram feitos apenas por um profissional de saúde ($n=5$) e 37.5% referem que os mesmos foram feitos por entre 2 a 4 profissionais de saúde ($n=3$); todas as mulheres que receberam 5 a 7 toques referem que os mesmos foram feitos por entre 2 a 4 profissionais de saúde ($n=4$); das que receberam mais de 10 toques, 50% indica que os mesmos foram realizados por entre 2 a 4 profissionais de saúde ($n=1$) e 50% indica que os mesmos foram realizados por mais de 7 profissionais de saúde ($n=1$), sendo este número de toques aquele que reproduz o maior número de profissionais de saúde a realizar o procedimento.

Por outro lado, não existe associação estatisticamente significativa entre o número de toques vaginais e o consentimento do procedimento ($p=0.302$), assim como não existe para a percepção

das mulheres terem sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos durante o seu último trabalho de parto (p=0.554)

Ao mesmo tempo, não existe associação entre o número de profissionais que realizaram o procedimento e o consentimento para a realização do mesmo (p=0.325).

Tabela 7. Teste de Fisher – Análise Multivariável dos toques vaginais

Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até ao momento do nascimento?							Valor de p
Variável		1 toque	2 a 4 toques	5 a 7 toques	Mais de 10 toques	Não sei, não me lembro	
Número de profissionais de saúde que realizaram toques vaginais	1 profissional	0	5	0	0	0	0.004
	2 a 4 profissionais	0	3	4	1	3	
	5 a 7 profissionais	0	0	0	1	0	
	Não sei, não me lembro	0	0	0	0	2	
	Não respondeu	1	0	0	0	0	
Consentimento dos toques vaginais	Sim, todos	1	8	3	1	4	0.302
	Não, não me pediram consentimento	0	0	1	1	1	
Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto?	Sim	0	1	1	0	0	0.554
	Não tenho a certeza	0	0	1	0	2	
	Não	1	7	2	2	3	
Consentimento dos toques vaginais							Valor de p
Variável		Sim, todos		Não, não me pediram consentimento			
Número de profissionais de saúde que realizaram toques vaginais	1 profissional	5		0		0.325	
	2 a 4 profissionais	9		2			
	5 a 7 profissionais	0		1			
	Não sei, não me lembro	2		0			
	Não respondeu	1		0			

3.4.7. Atitudes dos profissionais de saúde

Como se pode ver na Tabela 8, 33.33% das mulheres que se sentiram desrespeitadas pelo(s) profissional(ais) de saúde consideraram também ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto (n=1) e 66.67% não tem a certeza se sofreu ou não de alguma forma de violência ou maus-tratos (n=2). Para além disso, 89.47% das mulheres que não se sentiram desrespeitadas também não consideraram ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos (n=17). Pelo Teste de Fisher conclui-se que o desrespeito por parte dos profissionais de saúde influencia a perceção das mulheres relativamente a terem sofrido ou não alguma forma de violência ou maus-tratos no trabalho de parto (p=0.015).

Ao mesmo tempo, conseguimos observar que, das quatro mulheres que foram humilhadas ou diminuídas verbalmente pelo(s) profissional(ais) de saúde, 25% consideraram ter sofrido algum tipo de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto (n=1) e 50% não tem a certeza (n=2). À semelhança do anterior, 94.12% das mulheres que não foram humilhadas ou diminuídas verbalmente também não consideraram ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos (n=16). Recorrendo-se ao Teste de Fisher conclui-se que ser humilhada ou diminuída verbalmente pelo(s) profissional(ais) de saúde afeta a perceção das mulheres relativamente a terem sofrido ou não alguma forma de violência ou maus-tratos no trabalho de parto (p=0.008).

No que toca à variável relativa à posição durante o trabalho de parto, 12.5% das mulheres que foram obrigadas a ficar deitadas consideraram ter sofrido algum tipo de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto (n=1) e 25% não têm a certeza (n=2). Como nos casos anteriores, todas as mulheres que tiveram liberdade de movimentos durante o trabalho de parto não consideraram ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos (n=13). Mais uma vez, pelo Teste de Fisher, conclui-se que ser obrigada a ficar deitada na cama influencia a perceção das mulheres relativamente a terem sofrido ou não alguma forma de violência ou maus-tratos no trabalho de parto (p=0.003).

Relativamente aos movimentos, 16.67% das mulheres que tiveram os mesmos restritos consideraram ter sofrido algum tipo de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto (n=1) e a mesma percentagem não tem a certeza (n=1). Da mesma forma que os anteriores, 92.86% das mulheres que não tiveram os seus movimentos restritos também não consideraram ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos (n=13). Pelo Teste de Fisher conclui-se que a restrição de movimentos afeta a perceção das mulheres relativamente a terem sofrido ou não alguma forma de violência ou maus-tratos no trabalho de parto (p=0.032).

Quanto à recusa de alimentação ou água, 50% das mulheres a quem os mesmos foram negados consideraram ter sofrido algum tipo de violência ou maus-tratos e 50% não têm a certeza. 89.47% das mulheres a quem as mesmas não foram negadas não consideraram ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos (n=17). Recorrendo-se ao Teste de Fisher conclui-se que a recusa de

alimentação ou água influencia a percepção das mulheres relativamente a terem sofrido ou não alguma forma de violência ou maus-tratos no trabalho de parto ($p=0.005$).

Por outro lado, não existe associação estatisticamente significativa entre as perguntas “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi acusada de não estar a ajudar ou de estar a prejudicar o nascimento do bebé pelo(s) profissional(is) de saúde?” ($p=0.058$), “Em algum momento do seu trabalho de parto, foi agredida fisicamente (empurrada, beliscada ou infligida qualquer tipo de lesão propositadamente) pelo(s) profissional(is) de saúde?” ($p=0.395$) e “Em algum momento do seu último trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a fornecer-lhe cuidados de saúde?” ($p=0.395$) com a pergunta “Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último parto?”.

Tabela 8. Teste de Fisher – Análise Multivariável das Atitudes dos Profissionais de Saúde e a sua consequência na percepção das mulheres de terem sido vítimas de maus-tratos ou violência

Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto?					Valor de p
Variável		Sim	Não	Não tenho a certeza	
Em algum momento do seu trabalho de parto, se sentiu desrespeitada pelo(s) profissional(ais) de saúde?	Sim	1	0	2	0.015
	Não	1	17	1	
	Não sei, não me lembro	0	1	0	
Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi humilhada ou diminuída verbalmente pelo(s) profissional(ais) de saúde?	Sim	1	1	2	0.008
	Não	1	16	0	
	Não sei, não me lembro	0	1	1	
Em algum momento do seu trabalho de parto, foi agredida fisicamente (empurrada, beliscada ou infligida qualquer tipo de lesão propositadamente) pelo(s) profissional(is) de saúde?	Sim	0	0	0	0.395
	Não	2	17	2	
	Não sei, não me lembro	0	1	1	
Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi acusada de não estar a ajudar ou de estar prejudicar o	Sim	1	1	2	0.058
	Não	1	16	1	
	Não sei, não me lembro	0	1	0	

<i>nascimento do bebê pelo(s) profissional(is) de saúde?</i>				
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a fornecer-lhe cuidados de saúde?</i>	Sim	0	0	0
	Não	2	17	2
	Não sei, não me lembro	0	1	1
				0.395
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama”?</i>	Sim, fui obrigada a ficar deitada na cama	1	5	2
	Não, foi-me permitida liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.	0	13	0
	Não sei, não me lembro	1	0	1
				0.003
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, restringiram os seus movimentos?</i>	Sim	1	4	1
	Não	1	13	0
	Não sei, não me lembro	0	1	2
				0.032
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi-lhe recusada alimentação ou água?</i>	Sim, foi-me recusada alimentação ou água	0	1	1
	Não	0	17	2
	Não sei, não me lembro	2	0	0
				0.005

Para além disso, é importante salientar que existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis das perguntas “Em algum momento do seu último trabalho de parto foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama”?” e “Em algum momento do seu último trabalho de parto restringiram os seus movimentos?” ($p=0.006$). Pela análise, percebemos que há uma tendência maior à restrição de movimentos quando a mulher é obrigada a ficar deitada na cama com (62.5%; $n=5$), ao passo que quando as mulheres têm liberdade de movimentos durante o trabalho de parto também não há restrição dos mesmos (84.62%; $n=11$).

Tabela 9. Teste de Fisher – Análise Bivariável da posição do trabalho de parto e da restrição dos movimentos

<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama”?</i>					<i>Valor de p</i>
<i>Variável</i>		<i>Sim, fui obrigada a ficar deitada na cama</i>	<i>Não, foi-me permitida liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.</i>	<i>Não sei, não me lembro</i>	
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto restringiram os seus movimentos?</i>	<i>Sim</i>	5	1	0	0.006
	<i>Não</i>	2	11	1	
	<i>Não sei, não me lembro</i>	1	1	1	

4. Discussão

Sobre a indução do trabalho de parto e a sua relação com o tipo de parto, os dados obtidos vão ao encontro do expectável. Antes de mais, realçamos que a indução do trabalho de parto e o tipo de parto estão estatisticamente associados (Tabela 5). A nossa amostra revela que a percentagem total de induções é semelhante à encontrada no “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª Edição” (10) (39.13% vs. 37.64%). Ao mesmo tempo, é possível verificar que das mulheres que indicam que o seu parto se iniciou com indução, 87.5% culminaram em partos por cesariana. Pela revisão da literatura que foi efetuada, sabe-se que a indução do trabalho de parto se faz sentir na taxa de cesarianas, ou seja, o aumento do número de induções conduz ao aumento da taxa de cesarianas (14,15) e verifica-se que não existe diferença na taxa de mortalidade perinatal entre partos espontâneos e partos induzidos (15).

Analisando a utilização de fármacos com o intuito de acelerar o trabalho de parto, 39.1% das parturientes da nossa amostra referem que os mesmos foram utilizados, o que vai ao encontro do valor do estudo nacional do mesmo período temporal, que nos mostra uma percentagem de 39.07% (10). Ainda neste sentido, é de extrema importância referir que na faixa etária dos 25 aos 30 anos, a proporção de utilização de fármacos aceleradores do trabalho de parto é superior à da faixa etária dos 31 aos 35 anos, comparativamente com a não utilização de fármacos nas mesmas faixas etárias (Tabela 2). Estes valores, no entanto, contrastam com dados que nos referem que o avançar da idade conduz a uma maior utilização de fármacos aceleradores do parto, e não à diminuição, segundo um estudo retrospectivo que avaliou o trabalho de parto de 30.022 mulheres (16).

Concomitantemente, a percentagem de partos vaginais e partos por cesariana na nossa amostra é semelhante (57.8% versus 47.8%, respetivamente). No Relatório Primavera de 2018, é indicada uma taxa de cesariana de 26.7% em 2015 – tendencial e nacionalmente em progressão negativa - (9). No estudo “A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto” existe uma taxa de 28.7% (17) e no Inquérito da APDMGP, a mesma sobe para 29.9% (10) (de referir que nestes dois último estudos, não se discrimina entre parto no setor público ou privado e a nossa amostra é apenas constituída por mulheres que pariram no setor público). Apesar de estes valores variarem, nenhum se aproxima minimamente dos 47.8% da nossa amostra. Devem ser envidados esforços para analisar a percentagem de cesarianas da nossa amostra e perceber as razões por detrás de um valor díspar. No entanto, sabemos que a escolha de cesariana sobre o parto vaginal pode ser influenciada pela preferência dos profissionais de saúde, assim como a sua perceção do grau de risco do parto vaginal (18). Esta percentagem deve ser acautelada, tendo em conta que as cesarianas, apesar de necessárias em diversos contextos clínicos, podem também dar origem a complicações médico-cirúrgicas como alterações da placenta, rotura uterina e morte fetal (9). Para além disso, há benefícios a longo prazo para o bebé no que toca ao parto vaginal, como uma melhor função endocrinológica e respiratória, assim como uma melhor progressão ponderal, imunidade e desenvolvimento

comparativamente com bebês nascidos de partos por cesariana (19). No que toca à parturiente, sabemos que a satisfação geral com o trabalho de parto é mais positiva em mulheres que têm partos vaginais, comparativamente com aquelas que têm partos por cesariana (10).

Importa referir que o número de profissionais de saúde que acompanha as mulheres durante o trabalho de parto não tem influência na sua perceção de terem sofrido maus-tratos ou violência durante o trabalho de parto ($p=0.401$).

O toque vaginal é um procedimento do exame objetivo que permite avaliar a dilatação do colo do útero e a progressão do trabalho de parto (17). Quanto ao nosso estudo, vimos que a maioria das mulheres (65.2%) recebeu um ou mais toques vaginais. Para além disso, percebemos que o número de toques vaginais realizados aumenta com o número de profissionais de saúde que realizam os mesmos ($p=0.004$). Apesar de não ter sido questionado no nosso estudo, de acordo com o trabalho de Ana Maria Basso Rhode, 54.3% das suas inquiridas referiu que os seus toques vaginais foram dolorosos (17) e sabe-se que este procedimento pode ser considerado como um abuso físico quando repetitivo e doloroso para a mulher (20).

No seguimento dos procedimentos durante o trabalho de parto, a Manobra de Kristeller foi observada em 17.4% dos partos. Este valor é inferior àquele avançado pelos dois estudos previamente mencionados, que tinham taxas de aplicação deste procedimento entre os 29.4% (10) e os 35% (17). Esta manobra consiste na aplicação de pressão externa no fundo uterino, normalmente realizadas com pressão manual, ao mesmo tempo que a mulher experiencia as contrações naturais do útero (21). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, este procedimento não é recomendado durante a segunda fase do trabalho de parto, nem necessário, podendo levar a uma maior necessidade de analgesia. A OMS mantém as suas ressalvas devido à possibilidade de *outcomes* nefastos para a parturiente e para o feto, nomeadamente, rutura uterina, morte materna e perinatal (22), assim como lesão do esfíncter anal, fraturas no recém-nascido ou danos cerebrais. Além destas considerações, a aplicação deste procedimento transforma a experiência do parto em algo violento (23). Desta forma, apesar deste procedimento ter sido realizado com consentimento em todas as mulheres da nossa amostra que responderam positivamente à questão, é fundamental perceber em que medida os profissionais de saúde têm consciência dos riscos que o mesmo comporta, bem como apurar os motivos subjacentes à sua aplicação.

Por outro lado, um ponto que se destaca pela positiva no nosso estudo são os 17.7% de episiotomias realizadas, todas com o consentimento das parturientes, no nosso estudo que contrasta com os 43.8% do Inquérito da APDMGP (10) (outros estudos e relatórios: 68.5% (17) e 76.7% (9)). De acordo com Cielo et al., 2012, a episiotomia é o procedimento mais realizado sem a parturiente ser consultada ou sem o seu consentimento (24). A OMS não recomenda a episiotomia por rotina em mulheres em parto vaginal espontâneo e considera a mesma desnecessária, não definindo, no entanto, um valor de *cut off* aceitável. Para além disso, a OMS recomenda que no caso de terem que ser realizadas, as mesmas devem ser feitas sob anestesia

local e com o consentimento livre e informado das parturientes (22). A episiotomia é realizada através de uma incisão no períneo durante a segunda fase do trabalho de parto, com o intuito de aumentar o diâmetro do canal de parto e facilitar o nascimento (25). A técnica recomendada é a incisão medio-lateral (22). A episiotomia de rotina, ao contrário da episiotomia apenas em casos necessários, leva a um maior trauma perineal, uma maior necessidade de suturas e mais complicações na recuperação (23). Por outro lado, a realização da episiotomia mantém-se importante em casos de assistência em partos vaginais cirúrgicos, distocia de ombros ou stress do feto, baseando-se a sua aplicação numa decisão caso a caso pelos profissionais de saúde (26,27). No entanto, só por si, estes casos não justificam a percentagem de episiotomias em Portugal, superior a 65%.

Quanto ao consentimento livre e informado para a realização de procedimentos, salienta-se 4.3% de tricotomias realizadas sem consentimento e 8.7% sem a consulta da parturiente, 4.3% de amniotomias realizadas sem consentimento e 13% sem consulta, e 4.3% de episiotomias realizadas sem consulta. Sabe-se que uma participação informada da parturiente nas decisões clínicas traduz uma maior satisfação e perceção do desenrolar do trabalho de parto (28), assim como uma diminuição do stress pós-traumático e depressão pós-parto (29). É, portanto, importante a manutenção do consentimento e o respeito pela autonomia da parturiente, no que toca às decisões obstétricas do seu trabalho de parto. A negação de ambos os direitos traduz-se em sentimentos de desumanização, objetificação e perda de controlo sobre o próprio trabalho de parto (30).

De acordo com o nosso estudo, parece existir uma associação entre as atitudes dos profissionais de saúde face às parturientes e a sua perceção de terem sofrido de violência ou maus-tratos durante o trabalho de parto.

No que toca ao desrespeito para com a parturiente, a nossa amostra apresenta 13% de casos, contrastando com 38.5% (17) e 30% (10) de outros estudos. Ao mesmo tempo, vemos que 33.33% das parturientes que se sentiram desrespeitadas, consideram ter sofrido de violência ou maus-tratos e 66.67% não tem a certeza. No estudo de Ana Maria Basso Rohde, 68.5% consideram ter sofrido violência obstétrica e 19.5% não têm a certeza (17). Percebemos, deste modo, que existe uma disparidade entre os valores obtidos com o presente estudo e os expectáveis por outras amostras. Vemos, também, de acordo com os dados da nossa amostra, que existe uma percentagem considerável de parturientes que apontam terem sido vítimas de atitudes como humilhação (17.4%) e de os profissionais as acusarem de estar a prejudicar e não ajudarem o nascimento do bebé (17.4%).

Sabe-se que o desrespeito se traduz numa experiência negativa do trabalho de parto (10), o que é confirmado pela associação estatisticamente significativa do nosso estudo ($p=0.015$). Infelizmente, as mulheres apontam que a falta de atenção e indiferença torna-se uma rotina por parte dos profissionais de saúde (31). Este tipo de atitudes advém, muitas vezes, de mecanismos comunitários que conduzem à “normalização” do desrespeito e de comportamento abusivos

durante o trabalho de parto. Importa, ainda, referir que o parco investimento na capacitação em direitos e saúde sexuais e reprodutivos, condiciona a assunção de que este desrespeito é suposto (3). Ao desrespeito, importa associar a humilhação enquanto condicionante de sofrer ou não alguma forma de violência ou maus-tratos durante o trabalho de parto ($p=0.008$).

A posição durante o trabalho de parto é o próximo passo da nossa discussão. O “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª Edição” da APDMGP identifica cerca de 53.51% dos partos em litotomia ou deitada de barriga para cima (10). A nossa amostra revela que 34.8% das mulheres se viram obrigadas a ficar deitadas na cama (sem associação estatisticamente significativa com o tipo de parto) e, destas, 12.5% considera ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos durante o trabalho de parto. Para além disso, 26.1% das mulheres indicaram que os seus movimentos foram restringidos e 16.67% das mesmas considera ter sofrido alguma forma de violência ou maus-tratos. Ora, um relacionamento assimétrico entre a parturiente e os profissionais de saúde pode condicionar a autonomia das parturientes e isso traduz-se num desconsiderar da(s) posição(ões) preferencial(ais) para o parto (32). A CIMS recomenda também a importância da liberdade de movimento e escolha de posições durante o nascimento para um cuidado mais humanizado (33). A própria OMS refere a importância da mobilidade durante o trabalho de parto e a adoção de uma posição não-supina. Esta combinação leva a uma menor incidência de cesarianas, episiotomias e uma diminuição da duração do parto. Para além disso, as parturientes sentem maior controlo do seu parto e menos dor durante o mesmo (22). As posições laterais e não-supina demonstraram melhores *outcomes* maternos e menos complicações obstétricas. Não obstante, deve-se atentar para o maior risco de hemorragias. Por outro lado, a posição litotômica e supina estão associadas a um maior trauma perineal, partos mais longos e mais dolorosos (34).

Quanto à recusa de alimentação ou ingestão de fluídos por parte dos profissionais de saúde, 8.7% das nossas parturientes reportaram essas situações, ao contrário dos 21.88% do “Inquérito Experiências de Parto em Portugal | 2ª Edição” da APDMGP (10) e de outros estudos que apresentam valores superiores ao encontrado na nossa amostra (23,35). Khosla et al., (2016) volta a frisar a importância da relação entre parturiente e profissionais de saúde e que a consequência da sua inexistência é uma falta de autonomia da mulher e, portanto, a negação de alimentação à mulher que está em trabalho de parto (32). As recomendações atuais apontam que não existem benefícios à restrição de alimentação e ingestão de fluídos (33) e que estas situações se traduzem num maior desconforto para a parturiente (20). Neste sentido, a OMS apoia uma dieta leve em partos de baixo risco (22) e a mesma apenas poderá ser contraindicada no caso da utilização de opióides ou previsão de anestesia geral (11). Importa referir que, na nossa amostra, não há associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e a recusa de alimentação ou ingestão de fluídos. Para além do exposto, o nosso estudo confirma o enunciado de Palma & Donelli (2017) sobre a restrição de alimentação ser um preditor de violência obstétrica (23) (a nossa amostra apresenta um $p=0.005$ no Teste de Fisher entre as perguntas “Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi-lhe recusada alimentação ou água?” e “Considera ter sofrido

de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último trabalho de parto?”), com 50% das mulheres a que foi negada alimentação ou água a afirmarem que sofreram de violência ou maus-tratos durante o último trabalho de parto.

No nosso estudo, consideramos pertinente avaliar a percepção das mulheres relativamente a terem sofrido de violência ou maus-tratos durante o seu trabalho de parto. Consideramos que temos valores semelhante aos de outros estudos, nomeadamente, a percentagem de mulheres que responderam “Não tenho a certeza” (13% vs. 15.4%(17)). Por outro lado, a nossa amostra apresenta uma percentagem inferior de mulheres que consideram que sofreram de violência ou maus-tratos durante o seu trabalho de parto (8.7% vs. 32.4% (17)).

Do ponto de vista da literacia em saúde, considerámos pertinente avaliar o conhecimento das mulheres quanto aos conceitos de “Violência Obstétrica” e “Plano de Parto”. Comparativamente com o estudo de Ana Maria Basso Rhode, as mulheres da nossa amostra parecem conhecer menos o conceito de Violência Obstétrica (74.6% vs. 52.2%)(17). Quanto ao conceito de “Plano de Parto”, não existem estudos que nos permitam comparar o conhecimento.

4.1. Limitações

Após esta discussão, importa, no entanto, realçar que as atitudes dos profissionais de saúde e das parturientes podem ser interpretadas equivocadamente por ambas as partes, influenciando, desta forma, os resultados (36).

Primeiramente, referir que a nossa amostra é reduzida, aproximando-nos de um erro de cerca de 17%. No entanto, os resultados apresentados foram baseados num $p < 0.05$ por isso a discussão e conclusões devem ser consideradas. Ao mesmo tempo, devemos referir que a maioria dos testes aplicados e resultado obtidos vão ao encontro de percentagens expectáveis.

Do ponto de vista estatístico, importa referir que se observa, por vezes, um defeito no arredondamento com uma casa decimal.

Para além disso, identifica-se um possível viés de memória tendo em conta que os partos estudados decorreram entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019 e a recolha de dados foi feita no final de 2021.

5. Conclusão

Ao longo destas análises, é-nos possível associar certas práticas identificadas na nossa amostra como práticas de VO.

As nossas parturientes identificam 4 práticas como diretamente associadas com violência obstétrica (“sofrer de violência ou maus-tratos durante o trabalho de parto”), sendo elas o desrespeito e a humilhação por parte dos profissionais de saúde, assim como a obrigação de se manterem numa posição deitada na cama e a restrição dos seus movimentos.

Importa também referir a considerável percentagem de indução do trabalho de parto, que condiciona o aumento da taxa de cesarianas e conduz a uma menor satisfação com o mesmo. A episiotomia continua a ser realizada apesar da recomendação para a sua descontinuação por rotina. Para além disso, os toques vaginais, que aumentam consoante o número de profissionais de saúde presentes, podem traduzir-se em experiências dolorosas para as parturientes, além de poderem ser entendidos como uma quebra da sua privacidade quando são realizados por vários profissionais. Outro aspeto relevante é a Manobra de Kristeller, não recomendada pela OMS, que continua a ser realizada, ainda que em percentagem inferior ao expectável, sendo que a literatura nos mostra que a mesma corresponde a uma experiência de parto violento. Ao mesmo tempo, é pertinente observar que a tricotomia acaba por estar tão generalizada que a maioria das mulheres indica a sua realização em casa.

Por outro lado, vemos com agrado, a aplicação do consentimento livre e informado na grande maioria dos procedimentos da nossa amostra, bem como uma taxa de episiotomia abaixo do que seria expectável.

Realça-se a importância de implementar estratégias que permitam proteger as parturientes e que mitiguem as práticas de VO. Estas estratégias podem passar por reduzir a taxa de induções e, conseqüentemente, a taxa de cesarianas, suspender a utilização da Manobra de Kristeller e permitir a adoção de diferentes posições preferenciais da mulher ao longo do trabalho de parto, assim como evitar a restrição dos seus movimentos e a sua alimentação. Aliando estas recomendações a uma participação informada da parturiente nas decisões do seu trabalho de parto, através do consentimento livre e informado, conseguimos exponenciar a satisfação das mulheres com o seu trabalho de parto, de modo que a vivência do mesmo seja uma experiência de saúde, do ponto de vista físico e emocional.

6. Referências Bibliográficas

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2010;92. Available from: https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%281%29_o.pdf
2. Da Silva DM, Serra MC de M. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB O PRISMA DA AUTONOMIA, BENEFICÊNCIA E DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. Rev Bras Direitos e Garantias Fundam [Internet]. 2017 Dec 1;3(2):42. Available from: <http://www.indexlaw.org/index.php/garantiasfundamentais/article/view/2586>
3. Tamayo Muñoz J, María C, Moreno R, Gil L, Cristina González Vélez A, El P, et al. Obstetric Violence and Abortion. Contributions to the Debate in Colombia.
4. Chadwick R. Ambiguous subjects: Obstetric violence, assemblage and South African birth narratives. Fem Psychol [Internet]. 2017;27(4):489–509. Available from: <https://doi.org/10.1177/0959353517692607>
5. Código Penal [Internet]. Decreto-Lei n.º 48/95 - Diário da República n.º 63/1995, Série I-A de 1995-03-15; 2021. Available from: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/107981223/201708230100/73474092/diploma/indice>
6. Código Deontológico da Ordem dos Médicos [Internet]. Diário da República, 2.ª série — N.º 139 — 21 de julho de 2016, Regulamento n.º 707/2016; Available from: https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016__Regulamento_Deontológico.pdf
7. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights - UNESCO Digital Library [Internet]. UNESCO; 2006. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>
8. Guyer P. KANT ON THE THEORY AND PRACTICE OF AUTONOMY. Soc Philos Policy [Internet]. 2003 Jul 17;20(2):70–98. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S026505250320203X/type/journal_article
9. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio Caminho Andado - Relatório Primavera 2018. Relatório Primav 2018 [Internet]. 2018;1–188. Available from: <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
10. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Inquérito “Experiências de Parto em Portugal | 2.ª Edição” [Internet]. Vol. 1. 2019. Available from: https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experiências-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf

11. World Health Organisation (WHO). Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool [Internet]. 2014. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/244831/Hospital-care-for-mothers-and-newborn-babies-quality-assessment-and-improvement-tool.pdf
12. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2013 Apr 15 [cited 2022 Jan 29];35(2):121–6. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4103/0253-7176.116232>
13. Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS statistics*. 8ª Edição. ReportNumber, editor. 2021.
14. Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK. Labor progression and risk of cesarean delivery in electively induced nulliparas. *Obstet Gynecol*. 2005 Apr;105(4):698–704.
15. Davey M-A, King J. Caesarean section following induction of labour in uncomplicated first births—a population-based cross-sectional analysis of 42,950 births. 2016;
16. Omih EE, Lindow S. Impact of maternal age on delivery outcomes following spontaneous labour at term. *J Perinat Med* [Internet]. 2016 Oct 1;44(7):773–7. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2015-0128/html>
17. Rohde AMB. A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. 2016;01–115. Available from: http://www.academia.edu/30721614/Rohde_Ana_Maria_2016_.A_Outra_Dor_do_Parto_Género_Relações_de_Poder_e_Violência_Obstétrica_na_Ass
18. Panda S, Begley C, Daly D. Clinicians' views of factors influencing decision-making for caesarean section: A systematic review and metanalysis of qualitative, quantitative and mixed methods studies. 2018 [cited 2022 Feb 12]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200941>
19. Buhimschi CS, Buhimschi IA. Advantages of Vaginal Delivery. *Clin Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Mar;49(1):167–83. Available from: <http://journals.lww.com/00003081-200603000-00020>
20. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet]. 2015 Jun 24 [cited 2022 Jan 29];10(35):1–12. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
21. Carvalho L. Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto. [Internet]. Porto; 2014 [cited 2022 Jan 29]. Available from: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relatório_Estágio_Final_Laëtitia_Carvalho.pdf

22. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
23. Palma CC, Donelli TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico* [Internet]. 2017 Sep 29 [cited 2022 Jan 29];48(3):216. Available from: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/25161>
24. Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica “Parirás com dor” . 2012.
25. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. In: Carroli G, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2009. Available from: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
26. Marty N, Verspyck E. [Perineal tears and episiotomy: Surgical procedure - CNGOF perineal prevention and protection in obstetrics guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2022 Jan 29];46(12):948–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30392991/>
27. Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Kalis V, Laine K, Räisänen SH, et al. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2022 Jan 29];240:192–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31310920/>
28. Goldberg H. Informed decision making in maternity care. *J Perinat Educ* [Internet]. 2009 Jan 1;18(1):32–40. Available from: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article&issn=1058-1243&volume=18&issue=1&spage=32>
29. Al Ahmar E, Tarraf S. Assessment of the Socio-Demographic Factors Associated with the Satisfaction Related to the Childbirth Experience. *Open J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014;04(10):585–611. Available from: <http://www.scirp.org/journal/doi.aspx?DOI=10.4236/ojog.2014.410083>
30. Kingma E. Harming one to benefit another: The paradox of autonomy and consent in maternity care. *Bioethics* [Internet]. 2021 Jun 9;35(5):456–64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33835517>
31. Wolff LR, Waldow VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde Soc São Paulo*. 2008;17(3):138–51.
32. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Heal Hum Rights J*. 2016;18(2):131–43.

33. Hotelling BA. The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care. *J Perinat Educ* [Internet]. [cited 2022 Jan 31];16(2):38–43. Available from: <http://www.motherfriendly.org/MFCI/steps.html>
34. Huang J, Zang Y, Ren L-H, Li F-J, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2019 Oct 10 [cited 2022 Jan 31];6(4):460–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352013219301309>
35. Sandim NF de C. NÍVEL DO CONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. 2017.
36. José Da Costa Cardoso F, Marques Da Costa AC, Moraes Almeida M, Sampaio T, Santos D, Braz F, et al. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA INSTITUCIONAL NO PARTO: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 31];11(9):3346–53. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110232/22159>

Anexo 1

Tabelas de Frequência

Tabela 10. Dados sobre o Parto

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>	
<i>Faixa Etária</i>	25 – 30 Anos	5	21.7%
	31 – 35 Anos	13	56.5%
	36 – 40 Anos	4	17.4%
	> 40 Anos	1	4.3%
<i>Hospital</i>	Hospital Pêro da Covilhã	21	91.3%
	Maternidade Bissaya Barreto	1	4.3%
	Maternidade Doutor Daniel de Matos	1	4.3%
<i>Paridade</i>	Primeiro Parto	18	78.3%
	Partos Anteriores	5	21.7%
<i>Início do Trabalho de Parto</i>	Naturalmente, em casa ou em outro local	13	56.5%
	No hospital, com indução através de fármacos, por recomendação médica de induzir às 41 semanas	4	17.4%
	No hospital, com indução através de fármacos, por outra razão médica	3	13%
	No hospital, com indução através de fármacos, por ter sido previamente planeado para aquele dia	2	8.7%
	Não respondeu	1	4.3%
<i>Assistência por Profissionais de Saúde</i>	Apenas equipa médica	1	4.3%
	Equipa de enfermagem e médica	19	82.6%
	Equipa de enfermagem e médica, assim como estudantes de medicina ou enfermagem	3	13%
<i>Número de Profissionais de Saúde</i>	1 – 2 profissionais	3	13%
	3 – 4 profissionais	10	43.5%
	5 ou mais profissionais	9	39.1%
	Não respondeu	1	4.3%

Influência do número de profissionais de saúde	Não me senti confortável	1	4.3%
	Melhorou os cuidados de saúde que recebi	10	43.5%
	A sua presença não me fez diferença	10	43.5%
	Não respondeu	2	8.7%
Tipo de Trabalho de Parto	Vaginal não instrumentado	9	39.1%
	Vaginal instrumentado	2	8.7%
	Cesariana urgente	6	26.1%
	Cesariana emergente	2	8.7%
	Cesariana programada, por outras razões médicas	2	8.7%
	Cesariana não programada	1	4.3%
	Não respondeu	1	4.3%
Conhecimento sobre Plano de Parto	Sim	14	60.9%
	Não	5	21.7%
	Já ouvi falar, mas não sei o que é	4	17.4%
Realização e entrega do Plano de Parto	Sim	2	8.7%
	Não	21	91.3%
Respeito pelo Plano de Parto	Sim, integralmente	1	50%
	Não respondeu	1	50%
Conhecimento sobre o conceito de VO	Sim	12	52.2%
	Não	8	34.8%
	Já ouvi falar, mas não sei o que é	3	13%

Tabela 11. Toques Vaginais, Número de Profissionais e Consentimento

Variável	Frequência	Percentagem	
Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até o momento do nascimento?	Não recebi toques vaginais	3	13%
	1 toque	1	4.3%
	2 - 4 toques	8	34.8%
	5 - 7 toques	4	17.4%
	> 10 toques	2	8.7%
	Não sei, não me lembro	5	21.7%
Se recebeu mais de 1 toque vaginal, estes foram feitos por diferentes profissionais de saúde?	1 profissional de saúde	5	25%
	2 - 4 profissionais de saúde	11	55%

	≥ 7 profissionais de saúde	1	5%
	Não sei, não me lembro	2	10%
	Não respondeu	1	5%
<i>Se recebeu algum toque vaginal, os mesmos foram consentidos?</i>	Sim, todos	17	85%
	Não, não me pediram consentimento	3	15%

Tabela 12. Utilização de anestesia e/ou fármacos durante o trabalho de parto

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>	
<i>Caso o seu último parto tenha sido vaginal, recebeu anestesia epidural?</i>	Sim, com o meu consentimento e por opção própria	4	33.3%
	Sim, com o meu consentimento, mas por sugestão da equipa ou de algum profissional de saúde	2	16.7%
	Não recebi, por minha opção	4	33.3%
	Não recebi. Pedi epidural, mas foi-me negada	2	16.7%
<i>No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?</i>	Sim, com o meu prévio consentimento	7	30.4%
	Sim, mas não me informaram (só fiquei a saber depois)	2	8.7%
	Não sei se houve	2	8.7%
	Não	11	47.8%
	Não respondeu	1	4.3%

Tabela 13. Aplicação de procedimentos durante o trabalho de parto

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>	
<i>Tricotomia</i>	Não foi realizada	7	30.4%
	Foi realizada sem o meu consentimento	1	4.3%

	Foi realizada sem que me consultassem	2	8.7%
	Foi realizada em casa	10	43.5%
	Não sei, não me lembro	3	13%
Enema	Não foi realizado	16	69.6%
	Foi realizado com o meu consentimento	1	4.3%
	Não sei, não me lembro	6	26.1%
Amniotomia	Não foi realizada	15	65.2%
	Foi realizada sem o meu consentimento	1	4.3%
	Foi realizada sem que me consultassem	3	13%
	Foi realizada com o meu consentimento	2	8.7%
	Não sei, não me lembro	1	4.3%
	Não respondeu	1	4.3%
Manobra de Kristteler	Não foi realizada	15	65.2%
	Foi realizada com o meu consentimento	4	17.4%
	Não sei, não me lembro	4	17.4%
Episiotomia	Não foi realizada	17	73.9%
	Foi realizada sem que me consultassem	1	4.3%
	Foi realizada com o meu consentimento	3	13%
	Não sei, não me lembro	2	8.7%
Episiorrafia com anestesia local	Não foi realizada	15	65.2%
	Foi realizada sem anestesia local	2	8.7%
	Foi realizada com anestesia local	3	13%
	Não sei, não me lembro	3	13%
“Ponto do Marido”	Não foi realizado	2	33.3%
	Não sei, não me lembro	4	66.7%
Problemas físicos como consequência da episiotomia	Sim, tive problemas físicos posteriores devido à episiotomia	1	16.7%

Não, não tive nenhum problema físico devido à episiotomia	3	50%
Não sei, não me lembro	2	8.7%

Tabela 14. Atitudes dos Profissionais de Saúde e maus-tratos durante o trabalho de parto

<i>Variável</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, se sentiu desrespeitada pelo(s) profissional(is) de saúde?</i>	Sim	3 13%
	Não	19 82.6%
	Não sei, não me lembro	1 4.3%
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi humilhada ou diminuída verbalmente pelo(s) profissional(is) de saúde?</i>	Sim	4 17.4%
	Não	17 73.9%
	Não sei, não me lembro	2 8.7%
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi acusada de não estar a ajudar ou de estar a prejudicar o nascimento do bebé pelo(s) profissional(is) de saúde?</i>	Sim	4 17.4%
	Não	18 78.3%
	Não sei, não me lembro	1 4.3%
<i>Em algum momento do seu trabalho de parto, foi agredida fisicamente (empurrada, beliscada ou infligida qualquer tipo de lesão propositadamente) pelo(s) profissional(is) de saúde?</i>	Não	21 91.3%
	Não sei, não me lembro	2 8.7%
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a fornecer-lhe cuidados de saúde?</i>	Não	21 91.3%
	Não sei, não me lembro	2 8.7%
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama”?</i>	Sim, fui obrigada a ficar deitada na cama	8 34.8%
	Não, foi-me permitida liberdade de	13 56.5%

	movimentos durante o trabalho de parto		
	Não sei, não me lembro	2	8.7%
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto restringiram os seus movimentos?</i>	Sim	6	26.1%
	Não	14	60.9%
	Não sei, não me lembro	3	13%
<i>Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi-lhe recusada alimentação ou água?</i>	Sim, foi-me recusada	2	8.7%
	Não	19	82.6%
	Não sei, não me lembro	2	8.7%
<i>Durante o seu último trabalho de parto, teve a presença de um acompanhante à sua escolha?</i>	Sim	21	91.3%
	Não	2	8.7%
<i>Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último parto?</i>	Sim	2	8.7%
	Não	18	78.3%
	Não tenho a certeza	3	13%

Anexo 2

Consentimento Livre e Informado

Eu, _____, ACEITO, por livre vontade, participar no preenchimento de um questionário, envolvido no projeto de investigação "Análise das práticas de Violência Obstétrica nas mulheres inscritas no ACES Cova da Beira", após ter sido informada e esclarecida quando ao mesmo.

Este projeto constitui a Tese de Mestrado de Medicina do aluno Francisco Carlos de Pinho Duarte, da FCS-UBI, orientado pela Dra. Cátia Fernandes, e tem como objetivos: estudar o trabalho de parto das mulheres inscritas no ACES Cova da Beira e aferir a prevalência de práticas de violência obstétrica, compreender quais as práticas de violência obstétrica mais comuns e perceber as consequências destas práticas na saúde pós-parto das mulheres. A participante terá que preencher um breve questionário relativo à sua experiência no seu último trabalho de parto.

A equipa de investigação é composta pelo aluno Francisco Carlos de Pinho Duarte, aluno do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina (contacto telefónico: +351 922 079 452; contacto eletrónico: a37346@fcsaude.ubi.pt), na Universidade da Beira Interior, pela Dra. Cátia Fernandes, Médica de Medicina Geral e Familiar na Unidade de Saúde Familiar da Estrela e Assistente Convidada no Departamento de Ciências Médicas, pela Doutora Amélia Augusto, Professora Auxiliar no Departamento de Sociologia da UBI e pelo Doutor Dário Ferreira, Professor Associado do Departamento de Matemática e membro do Centro de Matemática e Aplicações da Universidade da Beira interior.

As participantes têm o direito de, a qualquer momento, se retirar do estudo sem que tal implique qualquer alteração nos cuidados de saúde que lhe são, ou venham a ser, prestados. Para além disso, é garantido o direito à integridade moral e física do participante, bem como o direito à privacidade e à proteção dos dados pessoais que lhe dizem respeito.

Tomei conhecimento, que a minha participação no projeto é voluntária e não acarreta nenhum benefício, nem riscos associados, sendo que apenas a equipa de investigação terá acesso às respostas por mim facultadas.

Este trabalho não é financiado por qualquer entidade, não sendo remunerada a participação das pessoas que o preencherem. Para além disso, declara-se que não existe qualquer tipo de conflito de interesses inerente ao investigador e orientadores do trabalho.

Nome da utente (legível)

Assinatura da utente

Local e data

_____, ____/____/202__

Dados sobre o parto

- 1. Confirma que o seu último parto foi entre janeiro de 2015 (inclusive) e dezembro de 2019 (inclusive)?**
 - a. Sim
 - b. Não

- 2. Caso tenha respondido que sim na questão anterior, especifique a data do seu último parto:**

- 3. Indique o Hospital onde foi o seu último parto?**

- 4. Em que faixa etária se encontrava no momento do seu último parto?**
 - a. Abaixo dos 18 anos
 - b. 18 - 24 anos
 - c. 25 - 30 anos
 - d. 31 - 35 anos
 - e. 36 – 40
 - f. Acima de 40 anos

- 5. Este foi o seu primeiro parto?**
 - a. Sim
 - b. Não

- 6. O trabalho de parto iniciou-se:**
 - a. Naturalmente, em casa ou em outro local;
 - b. No hospital, com indução através de fármacos, por recomendação médica de induzir às 41 semanas;
 - c. No hospital, com indução através de fármacos, por outra razão médica;
 - d. No hospital, com indução através de fármacos, por ter sido previamente planeado para aquele dia.

- 7. O seu último parto foi assistido por:**
 - a. O meu último parto não foi assistido por nenhum profissional de saúde;
 - b. Apenas equipa de enfermagem;
 - c. Apenas equipa médica;
 - d. Equipa de enfermagem e médica;
 - e. Equipa de enfermagem e médica, assim como estudantes de medicina ou de enfermagem;
 - f. Outro:

8. Qual o número máximo de profissionais que estiveram presentes em algum momento ou durante o seu último trabalho de parto?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. 1 - 2 profissionais;
- b. 3 - 4 profissionais;
- c. 5 ou mais profissionais;
- d. 10 ou mais profissionais.

9. O número de profissionais de saúde presentes influenciou, de alguma forma, a sua experiência durante o trabalho de parto?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. Sim, não me senti confortável;
- b. Sim, melhorou os cuidados de saúde que recebi;
- c. Não, a sua presença não me fez diferença.

10. Considere apenas o seu último parto. O mesmo foi:

Parto vaginal não instrumentado - parto vaginal espontâneo, sem uso de fórceps e/ou ventosa (1).

Parto vaginal instrumentado - parto vaginal com auxílio de fórceps e/ou ventosa (1).

Cesariana urgente - situação clínica que carece de resolução num curto intervalo de tempo, mas não existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente (2).

Cesariana emergente - situação onde existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente, o qual pode ser reduzido se a cirurgia for realizada o mais brevemente possível (2).

Cesariana programada - o motivo da cirurgia não requer que esta seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada para uma data futura (2).

- a. Vaginal não instrumentado;
- b. Vaginal instrumentado;
- c. Cesariana urgente;
- d. Cesariana emergente;
- e. Cesariana programada, por razões médicas;
- f. Cesariana programada, por minha opção;
- g. Cesariana não programada;
- h. Outro.

11. Sabe o que é um plano de parto?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Já ouvi falar, mas não sei o que é.

12. Realizou um plano de parto e entregou o mesmo no hospital ou aos profissionais de saúde que a atenderam?

O plano de parto é um documento no qual a grávida expõe suas preferências relativamente à condução do trabalho de parto e parto e o nascimento do bebé, por exemplo, o local onde gostaria de parir, os

acompanhantes de preferência, o tipo de parto que pretende assim como outros aspetos relativos ao trabalho de parto e ao contexto que o circunda (3).

- a. Sim;
- b. Não.

* Se não fez plano de parto, pode avançar para a questão 14.

13. Se respondeu que sim na questão anterior, o seu plano de parto foi respeitado pelos profissionais de saúde que a atenderam?

- a. Sim, integralmente;
- b. Sim, mas apenas parcialmente;
- c. Não foi respeitado;
- d. Entreguei o plano de parto, mas ele não foi lido e foi descartado.

14. Está familiarizada com o conceito de “Violência Obstétrica”?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Já ouvi falar, mas não sei o que é.

Procedimentos

15. Quantos toques vaginais recebeu desde que chegou ao hospital até o momento do nascimento?

Toque Vaginal - o profissional de saúde utiliza dois dedos, com luva, para avaliar a progressão do trabalho de parto (4).

- a. Não recebi toques vaginais;
- b. 1 toque;
- c. 2 a 4 toques;
- d. 5 a 7 toques;
- e. 8 a 10 toques;
- f. Mais de 10 toques;
- g. Não sei, não me lembro.

*Se não recebeu nenhum toque vaginal, pode avançar para a questão 18.

16. Se recebeu mais de 1 toque vaginal, estes foram feitos por diferentes profissionais de saúde?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. Não, apenas um profissional de saúde me fez toque vaginal;
- b. Sim, entre 2 a 4 profissionais de saúde me fizeram toque vaginal;
- c. Sim, entre 5 a 6 profissionais de saúde me fizeram toque vaginal;
- d. Sim, mais de 7 profissionais de saúde me fizeram toque vaginal;
- e. Não sei, não me lembro.

17. Se recebeu algum toque vaginal, os mesmos foram consentidos?

Consentimento - “autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida.” (5).

- a. Sim, todos;
- b. Sim, alguns;
- c. Não, nenhum foi consentido;
- d. Não, não me pediram consentimento.

18. Caso o seu último parto tenha sido vaginal, recebeu anestesia epidural?

- a. Sim, com o meu consentimento e por opção própria;
- b. Sim, com o meu consentimento, mas por sugestão da equipa ou de algum profissional de saúde;
- c. Sim, mas sem o meu consentimento;
- d. Não recebi, por minha opção;
- e. Não recebi. Pedi epidural, mas foi-me negada;
- f. Não sei, não me lembro.

19. No seu último trabalho de parto, houve a administração de fármacos para acelerar o trabalho de parto?

- a. Não;
- b. Sim, com o meu prévio consentimento;
- c. Sim, mas sem o meu consentimento (recusei e mesmo assim foram-me administrados);
- d. Sim, mas não me informaram (só fiquei a saber depois);
- e. Não sei se houve.

20. Iremos agora analisar alguns procedimentos médicos comumente realizados durante o trabalho de parto.

Consentimento - “autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida (5).

Sem consentimento - atos médicos realizados contra a vontade do utente, após o mesmo ter recusado.

Sem consulta - atos médicos realizados sem que o utente seja informado sobre os mesmos.

- a. Cortar os pelos púbicos (tricotomia).
 - i. Não foi realizada;
 - ii. Não foi realizada, porque eu recusei;
 - iii. Foi realizada com meu consentimento;
 - iv. Foi realizada sem meu consentimento;
 - v. Foi realizada sem que me consultassem;
 - vi. Sim, mas cortei antes, em casa;

- vii. Não sei, não me lembro.
- b. Lavagem intestinal (enema).
 - i. Não foi realizada;
 - ii. Não foi realizada, porque eu recusei;
 - iii. Foi realizada com meu consentimento;
 - iv. Foi realizada sem meu consentimento;
 - v. Foi realizada sem que me consultassem;
 - vi. Não sei, não me lembro.
- c. Romper a bolsa das águas (amniotomia).
 - i. Não foi realizada;
 - ii. Não foi realizada, porque eu recusei;
 - iii. Foi realizada com meu consentimento;
 - iv. Foi realizada sem meu consentimento;
 - v. Foi realizada sem que me consultassem;
 - vi. Não sei, não me lembro.
- d. Compressão no abdómen (Manobra de Kristeller).

Quando um profissional de saúde apoia o braço ou cotovelo, ou mesmo as mãos, na barriga da parturiente para empurrar o bebê dentro da barriga. Geralmente é um procedimento doloroso.

 - i. Não foi realizada;
 - ii. Não foi realizada, porque eu recusei;
 - iii. Foi realizada com meu consentimento;
 - iv. Foi realizada sem meu consentimento;
 - v. Foi realizada sem que me consultassem;
 - vi. Não sei, não me lembro.
- e. Episiotomia (incisão/corte no períneo)

Períneo - região localizada entre a vulva e o ânus.

 - i. Não foi realizada;
 - ii. Não foi realizada, porque eu recusei;
 - iii. Foi realizada com meu consentimento;
 - iv. Foi realizada sem meu consentimento;
 - v. Foi realizada sem que me consultassem;
 - vi. Não sei, não me lembro.
- f. Se levou pontos (na região períneo, no caso de laceração ou episiotomia), o procedimento foi feito com ou sem anestesia local?
 - i. Não foi realizada;
 - ii. Foi realizada sem anestesia local.
 - iii. Foi realizada com anestesia local;
 - iv. Não sei, não me lembro.

*Se não foi realizado este procedimento, pode avançar para a questão 20.g..

- g. Se foi realizada a sutura do períneo (episiotomia), algum profissional se ofereceu para fazer, ou fez, o "ponto do marido"?

O "ponto do marido" é quando o profissional faz 1 ou mais pontos "a mais", no intuito de deixar a vagina mais apertada, com o objetivo de dar mais prazer ao parceiro sexual (6).

- i. Não foi realizado;
- ii. Não foi realizado, porque eu recusei;
- iii. Foi realizado com meu consentimento;
- iv. Foi realizado sem meu consentimento;
- v. Foi realizado sem que me consultassem;
- vi. Não sei, não me lembro.

21. Se foi submetida à episiotomia, teve problemas físicos posteriores como consequência deste procedimento?

- a. Não fui submetida à episiotomia;
- b. Sim, tive problemas físicos posteriores devido à episiotomia;
- c. Não, não tive nenhum problema físico devido à episiotomia;
- d. Não sei, não me lembro.

*Se respondeu que não (a. ou c. ou d.), pode avançar para a questão 24.

22. Se respondeu "Sim" à pergunta anterior, teve um ou mais dos seguintes problemas?

Pode selecionar mais do que uma opção.

- a. Pontos muito apertados;
- b. Recuperação e cicatrização muito lenta e dolorosa;
- c. Inflamação/infeção no local;
- d. A cicatriz ainda dói;
- e. Dor nas relações sexuais;
- f. Dor para urinar e defecar;
- g. Perda de urina;
- h. Perda de fezes;
- i. Outro.

23. Se selecionou uma ou mais opções da pergunta anterior, quanto tempo duraram esses problemas?

- a. Menos de 1 ano;
- b. 1 a 2 anos;
- c. 2 a 4 anos;
- d. Ainda tenho os problemas que referi/alguns dos problemas que referi.

Atitudes dos Profissionais de Saúde face à parturiente

24. Em algum momento do seu último trabalho de parto, se sentiu desrespeitada pelo(s) profissional(is) de saúde?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

25. Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi humilhada ou diminuída verbalmente pelo(s) profissional(is) de saúde?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

26. Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi acusada de não estar a ajudar ou de estar prejudicar o nascimento do bebé pelo(s) profissional(is) de saúde?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

27. Em algum momento do seu trabalho de parto, foi agredida fisicamente (empurrada, beliscada ou infligida qualquer tipo de lesão propositadamente) pelo(s) profissional(is) de saúde?

Para esta questão, inclua nos profissionais de saúde os estudantes que estiveram presentes durante o seu trabalho de parto.

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

28. Em algum momento do seu último trabalho de parto, algum profissional de saúde se recusou a fornecer-lhe cuidados de saúde?

- a. Sim, foram-me recusados cuidados de saúde;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

29. Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi obrigada a ficar na posição “deitada na cama”?

- a. Sim, fui obrigada a ficar deitada na cama;
- b. Não, foi-me permitida liberdade de movimentos durante o trabalho de parto;
- c. Não sei, não me lembro.

30. Em algum momento do seu último trabalho de parto restringiram os seus movimentos?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

31. Em algum momento do seu último trabalho de parto, foi-lhe recusada alimentação ou água?

- a. Sim, foi-me recusada alimentação ou água;
- b. Não;
- c. Não sei, não me lembro.

32. Durante o seu último trabalho de parto, teve a presença de um acompanhante à sua escolha?

- a. Sim;
- b. Não.

33. Qual(is) a(s) razão(ões) para não ter tido a presença de um acompanhante à sua escolha no seu último trabalho de parto?

34. O que gostaria que tivesse sido diferente no seu último trabalho de parto?

35. Considera ter sofrido de alguma forma de violência ou maus-tratos no seu último parto?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não tenho a certeza.

Referência para questionário:

Rohde AMB. A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. 2016;01–115. Available from: http://www.academia.edu/30721614/Rohde_Ana_Maria_2016_.A_Outra_Dor_do_Part_Género_Relacões_de_Poder_e_Violência_Obstétrica_na_Ass

O questionário foi adaptado do Anexo A de “A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto” por Ana Maria Basso Rohde.

Referências Bibliográficas

1. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=66688&code=173>
2. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
3. <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/how-to-make-a-birth-plan/>
4. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/trabalho-de-parto-normal-e-parto/condu%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-de-parto-normal>
5. <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/cuidador-informal/consentimento-informado>
6. http://www.academia.edu/30721614/Rohde_Ana_Maria_2016_.A_Outra_Dor_do_Part_G%C3%A9nero_Relac%C3%B5es_de_Poder_e_Viol%C3%AAncia_Obst%C3%A9trica_na_Ass

Anexo 3



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-031:ID858

Na sua reunião de 13 de abril de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Análise das práticas de Violência Obstétrica nas mulheres inscritas no ACES Cova da Beira**”, do proponente **Francisco Carlos de Pinho Duarte**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-031.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS**
Num. de Identificação: BI112741975
Data: 2021.05.09 21:15:48+01'00'



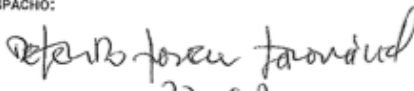
(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)

Anexo 4

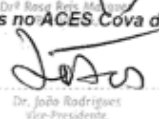


COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

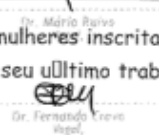
PARECER FINAL: Parecer favorável.	DESPACHO:  23.09.2021 Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.
---	--

ASSUNTO: "Análise das práticas de violência obstétrica nas mulheres inscritas no ACES Cova da Beira" - 58/2021


Dr.ª Rosa Reis, Presidente


Dr. João Rodrigues,
Vice-Presidente,


Dr. Mário Paiva


Dr. Fernando Crevo,
Médico,

O investigador pretende estudar a violência obstétrica e confirmar se as mulheres inscritas no ACES Cova da Beira foram sujeitas a práticas de Violência Obstétrica no seu último trabalho de parto.

O tema é atual e interessante.

Do ponto de vista ético-legal há, no entanto, vários pontos que necessitam de ser retificados:

- o questionário a ser utilizado é a adaptação de um instrumento desenvolvido por terceiro; o investigador terá de obter a autorização à sua utilização junto do autor do instrumento original;
- o investigador apresenta um termo que, no entanto, está incompleto. Deve ser retificado colocando, nomeadamente os dados de contato do investigador;
- o investigador diz que os dados recolhidos no questionário são codificados. Ora dados codificados não são o mesmo que dados anonimizados. Aliás, os dados codificados nos termos da legislação atual são considerados dados pessoais. Considerando este aspecto o investigador carece de justificar a utilização de dados pessoais (não obstante codificados) - quando a nós nos parece que a investigação é passível de ser realizada com dados anonimizados - e adequar o seu projeto de investigação à utilização de dados pessoais.

Atendendo aos pontos mencionados e até estes serem retificados e comunicados a esta CE, não obstante a CE da UBI ter dado parecer positivo, o nosso parecer é desfavorável.





COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Aditamento a 16 de setembro de 2021

Após comunicação ao investigador da decisão anterior este retificou os pontos assinalados. Nomeadamente, apresentou autorização da Autora do instrumento utilizado, completou o termo de CI utilizado e esclareceu que os dados que utilizará são anonimizados.

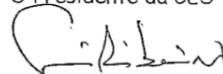
Considerando estes pontos o parecer passa a Favorável.

O Relator



(Dra. Carla Barbosa)

O Presidente da CES



(Prof. Doutor Fontes Ribeiro)

