

**Análise da Experiência Obstétrica em Portugal: Desafios e
Transformações na última década (2013-2023)**

Mestrado em Saúde Pública

Beatriz Isabel Bernardo Vicente De Aguiar

outubro, 2024

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Paula Lobato De Faria e coorientação da Professora Doutora Lígia Antunes dos Santos Pereira Esgalhado Pimenta Lima de Moraes

outubro, 2024

Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos à Professora Doutora Paula Lobato de Faria pela orientação científica, e à Professora Doutora Lúcia Antunes dos Santos Pereira Esgalhado Pimenta Lima de Moraes pela coorientação, cujos conhecimentos e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. A orientação cuidadosa e atenta foi essencial para que eu pudesse concretizar este estudo no âmbito do Mestrado de Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa.

Agradeço principalmente a todas as mulheres que participaram no estudo, por disponibilizarem o seu tempo e partilharem as suas experiências sobre um tema tão delicado e pessoal. Muitas mulheres agradeceram-me pela realização desta investigação, mas sou eu que expresso o meu reconhecimento, pois foi graças às vossas respostas que pude concluir este trabalho. Estendo igualmente o meu agradecimento a todas as pessoas, associações e organizações que ajudaram a divulgar o questionário, tornando possível uma recolha de dados robusta. Um agradecimento especial para o Observatório de Violência Obstétrica (OVOPT), cuja contribuição foi decisiva para a obtenção de uma amostra significativa.

A minha principal motivação para levar este estudo adiante foi dar voz a todas as mulheres que já sofreram deste grave problema de saúde pública, e apresentar os resultados reais obtidos na investigação, para que este tema seja devidamente valorizado e ouvido. Espero que este trabalho contribua para uma maior consciencialização e para as mudanças necessárias no atendimento às mulheres.

Agradeço ainda à minha mãe, Elvira Vicente, à minha avó, Maria Bernardo, e ao meu namorado, Gonçalo Sarmiento, pelo apoio emocional, pelo exemplo enquanto seres humanos e pela motivação nos momentos mais desafiantes. Quando me faltaram forças e motivação para continuar, foi o vosso apoio e amor incondicional que me ajudou a seguir em frente e a não desistir.

Índice

<u>Resumo.....</u>	<u>9</u>
<u>Abstract.....</u>	<u>11</u>
<u>Introdução.....</u>	<u>13</u>
<u>Enquadramento Teórico.....</u>	<u>17</u>
<u>Metodologia.....</u>	<u>21</u>
<u>Delineamento metodológico – Desenho do estudo.....</u>	<u>21</u>
<u>População, amostra e casos.....</u>	<u>21</u>
<u>Instrumentos e procedimento de recolha de dados.....</u>	<u>22</u>
<u>Análise de dados.....</u>	<u>22</u>
<u>Limitações do estudo.....</u>	<u>23</u>
<u>Resultados.....</u>	<u>25</u>
<u>Resultados Quantitativos.....</u>	<u>25</u>
1. <u>Características Demográficas.....</u>	<u>25</u>
2. <u>Experiências Relacionada com o Parto.....</u>	<u>26</u>
3. <u>Consentimento Informado e Autonomia.....</u>	<u>30</u>
4. <u>Complicações e Problemas de Saúde.....</u>	<u>32</u>
5. <u>Experiência Geral com os Profissionais de Saúde.....</u>	<u>33</u>
6. <u>Acesso a Recursos e Práticas.....</u>	<u>35</u>
<u>Resultados Qualitativos.....</u>	<u>37</u>
<u>Discussão.....</u>	<u>41</u>
<u>Conclusões.....</u>	<u>43</u>
<u>Recomendações.....</u>	<u>45</u>
<u>Bibliografia.....</u>	<u>47</u>
<u>Anexos.....</u>	<u>49</u>

Resumo

A gravidez é uma jornada intensa e complexa, com transformações físicas, emocionais e psicológicas significativas na vida da mulher. Em Portugal, muitas mulheres enfrentam o alarmante fenómeno da violência obstétrica, que ameaça a sua saúde física, os seus direitos humanos e a dignidade em contexto hospitalar. Este estudo, de natureza mista (quantitativo e qualitativo), surge como resposta a esta preocupação crescente, em associação com o Observatório de Violência Obstétrica de Portugal (OVOPT). O objetivo principal é compreender as dinâmicas presentes nos cuidados de saúde materno-infantis e as suas repercussões nas experiências de parto, investigando a evolução desses cuidados ao longo da última década (2013-2023). A pesquisa baseou-se num inquérito adaptado, que recolheu 1717 respostas de mulheres com idades entre os 18 e os 55 anos, que foram mães neste período. A análise de dados incluiu métodos estatísticos descritivos e análise de conteúdo, procurando aumentar a consciencialização pública sobre a violência obstétrica. Adicionalmente, pretende-se promover uma assistência obstétrica ética e centrada na utente, que respeite os direitos e vontades das mulheres. Este estudo destaca a importância da inclusão de todas as vozes na discussão sobre saúde materno-infantil, assegurando que as experiências e preocupações sejam devidamente consideradas. A prevenção da violência obstétrica e a promoção de cuidados respeitosos e informados são prioridades que devem ser incluídas na formação e práticas dos profissionais de saúde. O estudo respeita os princípios éticos, incluindo o consentimento informado e a proteção dos direitos e privacidade das participantes.

Palavras-chave: Autonomia Pessoal; Qualidade dos Cuidados de Saúde; Saúde Materno-Infantil; Satisfação do Paciente; Violência Obstétrica.

Abstract

Pregnancy is an intense and complex journey, with significant physical, emotional, and psychological transformations in a woman's life. In Portugal, many women face the alarming phenomenon of obstetric violence, which threatens their physical health, human rights and dignity in a hospital context. This study, of a mixed nature (quantitative and qualitative), arises as a response to this growing concern, in association with the Observatory of Obstetric Violence of Portugal (OVOPT). The main objective is to understand the dynamics present in maternal and child health care and their repercussions on birth experiences, investigating the evolution of this care over the last decade (2013-2023). The survey was based on an adapted survey, which collected 1717 responses from women aged between 18 and 55 years, who were mothers in this period. Data analysis included descriptive statistical methods and content analysis, seeking to raise public awareness of obstetric violence. Additionally, it is intended to promote ethical and user-centered obstetric care, which respects women's rights and wishes. This study highlights the importance of including all voices in the discussion about maternal and child health, ensuring that experiences and concerns are properly considered. The prevention of obstetric violence and the promotion of respectful and informed care are priorities that should be included in the training and practices of health professionals. The study respects ethical principles, including informed consent and the protection of participants' rights and privacy.

Keywords: Personal Autonomy; Health Care Quality; Maternal Health; Patient Satisfaction; Obstetric Violence.

Introdução

O momento de gerar uma vida é uma experiência incomparável marcada por transformações físicas, emocionais e psicológicas na vida da mulher, desde a concepção até ao nascimento do bebé, pós-parto e ao longo de toda a maternidade. É uma construção da mulher, do bebé, do casal e da família. Contudo, para muitas mulheres em Portugal, esse período é marcado pelo fenómeno preocupante da violência obstétrica, que não só ameaça a saúde física, mas também a dignidade das mulheres em contexto hospitalar. Segundo Mia Negrão, “a violência obstétrica pode ser entendida como a apropriação dos processos reprodutivos por profissionais de saúde (e não só) durante a gravidez, procriação medicamente assistida, aborto, parto, pós-parto, colocando em risco o direito à autodeterminação, à liberdade e à autonomia. Sempre que as pessoas envolvidas não tenham acesso a opções informadas sobre o seu próprio corpo e saúde, estamos perante um cenário de violência obstétrica”.¹

Esta forma de violência, tem-se manifestado de maneira invisível, e está profundamente enraizada nas práticas hospitalares e institucionais, sendo frequentemente encarada como “parte do processo”. Isso torna-a ainda mais insidiosa, já que está presente nos procedimentos rotineiros e na forma como as mulheres são tratadas durante momentos de grande vulnerabilidade.

Em Portugal, esta forma de violência afeta negativamente a vivência das mulheres na gravidez, parto e pós-parto, e pode manifestar-se de diversas formas, como a desconsideração pela autonomia da paciente, a realização de intervenções médicas sem o devido consentimento informado, a repetição de toques vaginais desnecessários, a administração de medicação para induzir ou acelerar o trabalho de parto sem esclarecimento adequado, a aplicação de analgesia, a imposição de restrições à liberdade de movimentos ou à presença de acompanhantes, além das faltas de respeito, abusos, maus-tratos e imposições. Este tipo de violência não se limita ao físico, inclui também a opressão e a repressão emocional e psicológica. Como Mia Negrão afirma: “É violento que uma pessoa grávida se sinta obrigada a aceitar determinados procedimentos ou intervenções sem perceber qual o impacto (positivo ou negativo) que tal pode ter na sua saúde e na da sua criança”.¹

A falta de denúncias e o reconhecimento limitado destas práticas dificultam a sua identificação, mas a sua normalização precisa de ser questionada. Tornar esta violência visível é o primeiro passo para enfrentá-la, através de estudos que exponham essas práticas e sensibilizem a sociedade para a necessidade de reorganizar os cuidados obstétricos. O reconhecimento da violência obstétrica como um problema sistémico e não apenas como exceções à regra é fundamental para transformar a assistência à saúde materna, promovendo um ambiente onde a dignidade e os direitos das mulheres sejam

inteiramente respeitados.

Este estudo surge como resposta a essa preocupação crescente, em colaboração com o Observatório de Violência Obstétrica de Portugal (OVOPT), com o objetivo de compreender e abordar as importantes dinâmicas presentes nos cuidados de saúde materno-infantis, bem como suas repercussões nas experiências de parto. A investigação tem como objetivo geral centralizar-se na análise de padrões e características das experiências obstétricas em Portugal, com uma especial abordagem na violência obstétrica e no impacto que esta tem na perceção dos cuidados materno-infantis ao longo da última década, desde 2013 a 2023.

Para atingir este objetivo foram delineados vários objetivos específicos que guiaram de forma estruturada a investigação. Primeiramente, foi necessário observar os principais padrões e características nas experiências das mulheres grávidas em contexto hospitalar, com base em critérios predefinidos, como os tipos de procedimentos usados, localização geográfica, idade gestacional, acesso aos cuidados de saúde, contexto, gravidade, grau de literacia, e outros parâmetros relevantes. Existiu também avaliação se após a experiência de parto, houve reclamação junto da instituição, se avançaram para a Entidade Reguladora de Saúde (ERS), Ordem dos Médicos (OM), Ordem dos Enfermeiros (OE), Ministério da Saúde (MS) ou para o IGAS, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, contribuindo para uma compreensão mais abrangente do cenário. Em segundo lugar, a análise visa compreender como é que essas experiências influenciam a perceção dos cuidados de saúde materno-infantis ao longo da última década, revelando possíveis alterações ou padrões emergentes.

Por último, a pesquisa pretende contribuir para o conhecimento mais profundo do tema e sensibilizar diversos públicos, incluindo profissionais de saúde. Independentemente de estarem envolvidos, estes podem aperfeiçoar a sua compreensão, o que pode resultar em práticas mais sensíveis e benevolentes em diversas áreas da assistência médica. É importante salientar que este estudo não constitui um ataque ao trabalho dos profissionais de saúde, nem pretende generalizar as práticas de todos os profissionais. O objetivo é abrir espaço, mentalidades e oferecer diferentes perspetivas para futuras melhorias. Da mesma forma, os defensores dos direitos humanos encontram neste estudo informações úteis para promover iniciativas e políticas de combate à violência, assim como investigadores de várias áreas e a sociedade em geral.

Os resultados deste estudo foram apresentados nesta dissertação, elaborada por Beatriz Isabel Bernardo Vicente De Aguiar, em colaboração com o Observatório de Violência Obstétrica (OVOPT) o que permitiu não só um maior e melhor alcance na divulgação do questionário, mas também a promoção dos resultados obtidos, contribuindo assim para a conscientização da população sobre o tema e/ou mudança cultural em relação aos

direitos das mulheres durante a gravidez e o parto. Obtendo um apoio mais informado e sensível durante todo o processo da gestação, parto e pós-parto.

Esta investigação não se restringe apenas às gestantes, mas oferece percepções que podem impactar positivamente diferentes setores da sociedade, influenciando atitudes, práticas e políticas, cooperando para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde maternos em Portugal, respeitando os direitos das mulheres e a autonomia das mesmas. *“Quality improvement initiatives are urgently needed at all levels of the health systems, to ensure that all women have access to and receive high-quality, evidence-based, equitable, and patient-centered respectful care” ...²*

Espera-se que os resultados contribuam para fornecer diferentes perspetivas aos *stakeholders* interessados, promovam a elaboração de políticas mais eficazes e possibilitem uma assistência obstétrica mais ética, centrada na utente, nas suas decisões e autonomia e nos seus direitos durante a gestação, parto e pós-parto.

Enquadramento teórico

A vivência da gravidez é uma jornada complexa e diversificada, inicia-se com a concepção e estende-se ao longo de vários meses desde o parto, nascimento do bebé e pós-parto. Este período é marcado por transformações físicas, emocionais e psicológicas significativas na vida da mulher. Contudo, para muitas mulheres em Portugal, esse período é marcado pelo fenómeno da violência obstétrica, não sendo apenas uma preocupação clínica, mas uma questão que toca nas bases dos direitos humanos e da dignidade em contextos hospitalares.

Ao longo da gestação, o corpo da mulher passa por várias adaptações para acolher o crescimento do feto, estabelecendo uma conexão entre ambos.

A atenção à saúde durante este período é crucial, incluindo consultas pré-natal, exames médicos e a adoção de práticas de vida saudáveis. O acompanhamento médico adequado visa garantir não apenas a saúde da mãe, mas também acompanhar o desenvolvimento do feto e identificar potenciais complicações. Nesse contexto, torna-se pertinente a adoção do modelo biopsicossocial, recomendado pela OMS, como referência fundamental para os cuidados obstétricos. Este modelo considera a pessoa num todo, incluindo os aspetos biológicos, psicológicos, emocionais e sociais, ao invés de se focar exclusivamente nos aspetos biomédicos. Aplicando à gravidez e ao parto, como destaca Mia Negrão, o modelo vê a grávida como uma pessoa inserida na sua comunidade, com vontades e preferências, respeitando a sua autonomia e capacidade de tomar decisões ao longo do processo de parto. Ao contrário do modelo biomédico, que se centra em intervenções e tecnologias, o modelo biopsicossocial encara o parto como um processo natural, fisiológico e emocional, no qual é essencial considerar a mulher de forma holística, valorizando tanto os aspetos físicos como psicológico. A assistência ao parto, dentro deste modelo, deve estar centrada na mulher grávida, que deve ter o protagonismo nas decisões, promovendo assim cuidados individualizados, baseados em evidências científicas, e uma experiência de parto humanizada e respeitosa.¹

Torna-se particularmente impactante e essencial respeitar a autonomia da mulher, garantir o seu poder de escolha e oferecer cuidados respeitosos para percorrer toda esta jornada, desde a concepção até ao nascimento. Portanto, é imperativo considerar a gravidez como um processo contínuo, repleto de desafios, descobertas e transformações, no qual a mulher merece ser tratada com dignidade e respeito em todos os momentos, contribuindo para uma experiência materna positiva e saudável.

Este estudo surge como resposta à crescente atenção sobre o tema, visando compreender e abordar as complexas dinâmicas presentes nos cuidados de saúde materno-infantis, em Portugal, e de que forma se refletem nas experiências de parto.

Conduziu-se um estudo em colaboração com o Observatório de Violência Obstétrica de

Portugal, um “organismo multiprofissional que surge da necessidade de observar e denunciar publicamente a incidência das práticas que constituem violência obstétrica”, a associação tem como objetivos fundamentais garantir cuidados de parto respeitosos, promover a conscientização sobre violência obstétrica na sociedade e transmitir informações baseadas em evidências científicas sobre gravidez e parto. A OVOPT procura também devolver às mulheres o seu protagonismo durante o parto, tendo em vista nascimentos sem violência com a base para uma sociedade livre da mesma. Compromete-se a respeitar as necessidades físicas e emocionais da mãe e do bebé desde o parto até ao puerpério. Além disso, o OVOPT oferece auxílio psicológico e jurídico às mulheres afetadas por práticas inadequadas durante o parto.

Este estudo é também uma chamada à conscientização e defesa de práticas éticas e centradas na mulher. Reconhecendo a responsabilidade de transformar essas queixas em ações concretas, promovendo uma mudança positiva para garantir que todas as mulheres iniciem na jornada da maternidade com dignidade, respeito, compreensão e cuidado.

Representando um período único na vida da mulher e da família, a gravidez é repleta de emoções, que vão desde a alegria de dar vida a um novo ser até à ansiedade e preocupação com tudo o que possa acontecer. A consideração do momento do parto como um fator relevante destaca-se na compreensão dos desafios emocionais do parto e pós-parto tais como dor, situações negativas, ansiedade, depressão ou *stress* pós-traumático pós-parto. Essas experiências podem impactar não apenas a qualidade da relação inicial entre a mãe e o bebé, mas também afetar a dinâmica conjugal. *Ceci invite à évaluer plus précisément l'expérience de là accouchement afin de mieux identifier les vécus négatifs et de pouvoir offrir aux femmes concernées une prise en charge optimale.*³

Este momento intensifica a necessidade de obter conhecimento e informação, não apenas por parte da gestante, mas também do(a) parceiro(a). Torna-se crucial abordar não apenas os aspetos físicos da gestação, mas também as questões emocionais e psicológicas que podem surgir. Esta necessidade de compreensão e apoio ganha uma relevância adicional quando consideramos os desafios que algumas mulheres podem enfrentar, incluindo a possibilidade de vivenciarem episódios negativos na gravidez, no parto e no pós-parto. *Inappropriate case management and poor quality of care may be harmful to women and their newborns, violate women's and newborns' rights, deter women from seeking future health care, and may have implications for the mental and physical health of mothers and newborns.*²

O parto deve ser um momento significativo, pessoal e único na vida da mulher. Infelizmente, em diversos casos, essa experiência diverge dessa norma, tornando-se em vivências marcadas por faltas de respeito, humanização, acessos a cuidados básicos de

saúde, além de abusos físicos e verbais, procedimentos invasivos e dolorosos, bem como práticas desumanas. Surgem sob a forma de insultos, humilhação, ausências de resposta, negligência ou recusa de cuidados, discriminação por atributos socioeconómicos, étnicos, religiosos, práticas de aceleração do trabalho de parto, cesarianas sem consentimentos informados e também procedimentos que são desaconselhados pela Organização Mundial de Saúde, tais como a episiotomia e a manobra de Kristeller.

Esta forma de violência de género, conhecida como violência obstétrica, é uma realidade atual e é um procedimento normalizado em muitas instituições. *Se entende por violência obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidade, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*⁴

Segundo o OVOPT, “a violência obstétrica é qualquer conduta por parte de profissionais de saúde ou outros/as intervenientes na assistência da gravidez e do parto que ponha em causa a autonomia da pessoa grávida, parturiente ou puérpera, limitando-a na sua autodeterminação e poder de escolha. Pode ocorrer durante consultas e exames de vigilância da gravidez, trabalho de parto, durante o período de internamento no puerpério, em situações de assistência à perda gestacional, na assistência à interrupção voluntária da gravidez (IVG), na assistência a tratamentos de fertilidade e em qualquer outro cenário em que haja prestação de cuidados de saúde à mulher grávida, parturiente e puérpera”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca o elevado número de mulheres que enfrentam situações de violência obstétrica durante o processo de parto, evidenciando o uso de coerção física, realização de procedimentos não autorizados, a prestação de assistência não confidencial ou desonrosa, a discriminação com base nas características da paciente, o abandono do suporte durante o parto e a detenção em unidades de saúde.⁵

O Inquérito sobre “Experiências de parto em Portugal”, da Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e no Parto (APDMGP), revela que “entre 2015 e 2019, 30% das mulheres portuguesas que participaram afirmam ter sido vítimas de abuso, desrespeito e/ou discriminação aquando da realização do seu parto.”⁶

Segundo o parecer publicado pela Ordem dos Médicos (OM), é sugerida a adoção do termo “maus-tratos obstétricos” como forma de negar a existência de violência obstétrica “em países onde se prestam cuidados de saúde materno-infantil de excelência, como é o caso de Portugal.”⁷ Através de uma expressão prudente, a OM refuta a presença de quaisquer problemas, desconsiderando os relatos de milhares de mulheres.

Para além disso, não há dados de saúde materna em domínio público ou indicadores de

satisfação com cuidados prestados. A Assembleia da República, em 21 de junho de 2021, recomendou a realização de um estudo nacional sobre a presença de “práticas de violência obstétrica, incluindo o ponto do marido” e a sua subsequente eliminação, “como a manobra de *Kristeller* e a episiotomia de rotina.”⁸

Encarando o problema de saúde pública que a violência obstétrica revela em Portugal, podemos compreender como uma forma de violação dos direitos da mulher durante o parto, em contexto de saúde reprodutiva e sexual, deste modo, foi aprovada a Lei 110/2019, de 9 de setembro, que estabelece princípios, direitos e deveres às mulheres/utentes, desde a pré-concepção até ao puerpério.⁹

Desta forma, a compreensão dos padrões e características presentes nas práticas obstétricas em contexto hospitalar e como é que essas experiências influenciam a perceção de cuidados de saúde materno-infantis, implica na promoção da saúde e bem-estar das mulheres, bem como na prevenção de práticas prejudiciais. Ao identificarmos os diferentes padrões e características podemos obter um retrato mais completo e detalhado das experiências dos serviços prestados às grávidas, permitindo uma análise mais profunda das situações de violência obstétrica que podem estar a acontecer. Com essa compreensão mais precisa, é possível desenvolver estratégias de intervenção, analisar tendências ao longo do tempo, ajudar a identificar áreas geográficas de maior vulnerabilidade e orientar medidas preventivas. A divulgação dos resultados contribui para aumentar a conscientização pública, a fim de oferecer uma melhoria significativa na qualidade dos serviços prestados e protegendo os direitos, a autonomia e a saúde da mulher.

É importante destacar que esta pesquisa tem o potencial de preencher algumas lacunas significativas no conhecimento existente. A falta de informação detalhada sobre as práticas obstétricas e experiências de parto em Portugal, pode tornar esta pesquisa uma contribuição para a compreensão do problema. É importante salientar que essa lacuna não desvaloriza o trabalho já realizado, mas sim realça a necessidade de uma atenção reforçada e mais profunda neste problema de saúde pública. Ao investigar minuciosamente este tema, a pesquisa vai enriquecer o entendimento desta complexa questão, contribuindo para o aumento da literacia em saúde e promovendo a proteção dos direitos das mulheres. Este tema está intrinsecamente relacionado com a garantia dos direitos e da dignidade das mulheres durante a gravidez e o parto.

Portanto, o estudo deste tema tem uma importância decisiva para aprimorar a qualidade dos serviços prestados, promover dados, preservar os direitos das gestantes e promover a saúde pública, contribuindo para um sistema de saúde mais ético, compassivo e centrado na utente.

Metodologia

Delineamento metodológico – Desenho do estudo

O presente estudo tem como objetivo principal investigar os padrões e características das experiências obstétricas em Portugal, com uma abordagem na violência obstétrica. De maneira a alcançar esse propósito, o estudo contou com a colaboração do Observatório de Violência Obstétrica de Portugal (OVOPT), numa análise dedicada a compreender os últimos 10 anos de nascimentos no país, desde 2013 até 2023. Esta investigação visa fornecer uma base sólida para a análise das dinâmicas associadas à violência obstétrica durante este período.

A abordagem metodológica incluiu a realização de uma intensa pesquisa literária sobre o tema proporcionando uma melhor compreensão das teorias e práticas existentes associadas às experiências obstétricas. Esta revisão da literatura foi realizada de forma metódica e abrangente, contribuindo academicamente para a fundamentação teórica da investigação. Considerando que o tema da violência obstétrica e as práticas obstétricas em geral estão em constante evolução, a atualização da revisão literária é basilar para garantir que a investigação reflita as mais recentes descobertas e debates sobre o tema.

População, amostra e casos

A população-alvo do estudo consistiu em mulheres com idades entre os 18 e 55 anos ou mais, que foram mães entre 2013 e 2023, em Portugal. A amostra foi composta por participantes que voluntariamente responderam ao inquérito desenvolvido. O método de amostragem utilizado foi o “bola-de-neve”, em que a divulgação do questionário foi impulsionada através de redes sociais, principalmente pelo *Instagram* (IG) do OVOPT, o que permitiu alcançar cerca de 28.912 pessoas e gerar aproximadamente 42.551 visualizações. Este alcance incluiu organizações, associações, fundações e instituições que trabalham diretamente com mulheres e a sociedade em geral.

Os critérios de inclusão para a participação do estudo incluíram mulheres que tivessem dado à luz entre 2013 e 2023, em Portugal, independentemente do seu contexto socioeconómico, médico ou geográfico. A inclusão de uma amostra diversificada foi considerada essencial para captar um leque abrangente de experiências obstétricas.

O método de amostragem “bola-de-neve” possibilitou o acesso a um grande número de participantes num curto espaço de tempo e permitiu alcançar uma população diversa e dispersa. Contudo, reconhecemos que esta técnica tem limitações, como o potencial viés de seleção, sendo este um aspeto a ter em conta na análise dos resultados.

Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Para a recolha de dados, foi utilizado um inquérito desenvolvido pelo Observatório de Violência Obstétrica do Chile¹⁰, devidamente traduzido e adaptado pela equipa de investigação para o contexto português. O questionário foi implementado online, utilizando as ferramentas oferecidas pelo *Google Forms*, permitindo a recolha de informações sobre as experiências das mulheres grávidas em contexto hospitalar de forma acessível e anónima. O questionário incluía cerca de 70 questões sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, bem como sobre as suas perceções dos cuidados de saúde materno-infantis. Foram incluídas escalas de avaliação para medir variáveis como a satisfação com os serviços de saúde e a presença de experiências de violência obstétrica.

A divulgação do inquérito foi realizada através de redes sociais e da rede de contactos da OVOPT, como já referido, na qual a partilha inicial gerou uma larga distribuição do questionário. A recolha de respostas teve início a 4 de julho de 2024 e, em apenas quatro dias alcançamos mais de 1500 respostas, o que nos levou a acreditar que a técnica da “bola-de-neve” cumpriu e superou as expectativas. Concluímos com uma amostra de 1717 respostas. Esta metodologia permitiu captar participantes de diferentes contextos geográficos e socioeconómicos, ampliando o alcance da investigação.

Análise de dados

Este estudo adotou uma abordagem mista, combinando uma análise quantitativa e qualitativa dos dados recolhidos. Na análise quantitativa, foram aplicadas estatísticas descritivas através do *software SPSS* para identificar padrões, variações e tendências ao longo do tempo. O desenho de estudo retrospectivo, permitiu o estudo das tendências ao longo dos anos. Por outro lado, a análise qualitativa foi aplicada nas respostas abertas, utilizando métodos de análise do conteúdo. As respostas obtidas no questionário foram categorizadas e interpretadas para identificar os temas emergentes relacionados às experiências de violência obstétrica e à perceção dos cuidados de saúde materno-infantis. Esta análise qualitativa permitiu uma compreensão mais profunda das experiências relatadas, proporcionando diferentes perspetivas para *stakeholders*, como profissionais de saúde, *policy makers*, administração do estado, unidades locais de saúde, hospitais, investigadores, instituições (IPSS), associações, fundações e organizações não governamentais.

As considerações éticas e de proteção de dados foram fundamentais neste estudo. O consentimento informado foi obtido de todas as participantes, havendo apenas 3 participantes em que as respostas foram excluídas devido ao não consentimento,

garantindo assim o cumprimento de princípios éticos, como a privacidade, anonimato e confidencialidade. O estudo seguiu as diretrizes da Comissão de Ética, e os dados foram responsabilidade da investigadora Beatriz Isabel Bernardo Vicente De Aguiar e do OVOPT, representado pela Professora Doutora Lúgia Antunes dos Santos Pereira Esgalhado Pimenta Lima de Moraes.

Os dados recolhidos serão armazenados por um período de três anos após a conclusão da investigação, depois do qual serão eliminados de forma segura. Dada a natureza académica deste trabalho, assegurou-se que os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins desta investigação.

Limitações do estudo

Importa reconhecer que o método de amostragem “bola-de-neve”, apesar da sua eficácia na recolha rápida de um grande número de respostas, pode introduzir um viés de seleção, uma vez que os participantes tendem a partilhar o inquérito com pessoas de características idênticas. Este viés pode limitar a representatividade da amostra em relação à população-alvo. Além disso, a recolha de dados *online* pode ter excluído participantes sem acesso à internet, o que deve ser considerado na interpretação dos resultados. Adicionalmente, a obtenção de dados sobre experiências obstétricas revelou-se desafiadora, dado que muitos participantes podem ter-se sentido relutantes em partilhar e reviver vivências sensíveis ou traumáticas. Este facto pode ter impactado a taxa de participação e o tamanho da amostra. Futuras investigações poderão beneficiar de métodos de amostragem mais representativos.

O tempo e a disponibilidade limitados da investigadora, devido à conciliação das responsabilidades profissionais e académicas, constituíram uma grande limitação. Esta restrição temporal influenciou a possibilidade de uma pesquisa mais extensa e aprofundada sobre o tema. A complexidade da análise de dados, em especial de queixas tão pessoais e delicadas, exigiu técnicas estatísticas avançadas, como o uso do *SPSS* para identificação de padrões, o que representou outra limitação na profundidade da análise realizada. Tratando-se de um assunto sensível, que requer grande rigor e cuidado, uma investigação com mais tempo disponível teria permitido uma exploração mais abrangente e detalhada. Além disso, o estudo foi limitado em termos de alcance geográfico e profundidade de análise, devido aos recursos disponíveis, o que também deve ser tido em conta.

Apesar dessas limitações, este estudo, baseado numa metodologia sólida e uma amostra representativa, contribui de forma pertinente para a compreensão da violência obstétrica, reconhecendo-se que investigações futuras poderão expandir ainda mais este conhecimento.

Resultados

Este estudo investigou os padrões e características das experiências obstétricas em Portugal ao longo dos últimos dez anos e avaliou como essas experiências influenciam a percepção dos cuidados de saúde materno-infantis. A análise dos dados permitiu identificar variações demográficas importantes, como idade, localização geográfica, situação socioeconómica e habilitações académicas, entre outras, que influenciam essas percepções.

Os resultados obtidos contribuem significativamente para a compreensão da violência obstétrica e dos desafios enfrentados pelas mulheres durante o parto em Portugal. Os resultados são relevantes tanto para o meio científico quanto para a sociedade em geral, evidenciando a necessidade de convalescer os cuidados de saúde obstétricos.

A investigação oferece informações que ajudam a preencher lacunas na literatura existente, contribuindo para um entendimento mais aprofundado deste complexo problema de saúde pública, fornecendo uma base sólida para promover uma assistência obstétrica mais ética, compassiva e centrada na paciente. No total, foram obtidas 1717 respostas ao questionário, o que reflete uma amostra robusta e diversificada.

Resultados Quantitativos

1. Características Demográficas

A análise das características demográficas das participantes revela informações como a nacionalidade, habilitações literárias, idade ao ter o bebé, distrito de nascimento do bebé, estado civil, tamanho do agregado familiar e o ano de nascimento do bebé. Estes dados ajudam a contextualizar a amostra, refletindo maioritariamente a experiência de gestantes em Portugal, com um elevado nível de escolaridade e uma tendência para constituírem agregados familiares pequenos. As informações demográficas são fundamentais para compreender o contexto em que ocorrem as experiências de parto e como estas podem ser influenciadas por fatores como a localização geográfica, educação e condições familiares.

A maioria das mulheres que responderam ao inquérito são portuguesas (96,09%), com uma percentagem reduzida, mas diversificada de outras nacionalidades. As nacionalidades estrangeiras estão muito diluídas e não têm grande impacto no resultado geral (gráfico 1 em Anexos). Além disso, a maioria das participantes possuem níveis elevados de educação, destacando-se as mulheres com mestrado (563) e licenciatura (554), seguido de pós-graduação (212). Este nível elevado de literacia pode influenciar a forma como as mulheres percebem a gravidez e o parto, o que poderá impactar nas decisões informadas e no acesso aos cuidados (gráfico 2 em Anexos).

Relativamente à idade, a maioria das mulheres teve o seu bebé entre os 30 e 34 anos, seguido por um número significativo entre os 25 e 29 anos, em linha com as tendências demográficas em Portugal, onde as mulheres estão a ter filhos mais tarde. Esta faixa etária pode estar associada a uma maior estabilidade pessoal e profissional, o que pode impactar positivamente na saúde materna (gráfico 3 em Anexos). Geograficamente, Lisboa e Porto destacam-se como os distritos com maior número de nascimentos, seguidos de Setúbal, Faro, Braga e Coimbra. A concentração de nascimentos nos grandes centros urbanos reflete a centralização dos serviços de saúde, o que pode afetar o tipo de cuidados prestados e a experiência das mulheres, dado o elevado número de partos realizados nessas regiões (gráfico 4 em Anexos). A maioria das participantes estava casada (775) ou em união de facto (773) no momento do nascimento. Apenas 162 estavam solteiras. O estado civil pode influenciar o tipo de rede de suporte que a mulher tem durante a gravidez e parto (gráfico 5 em Anexos). Em relação aos agregados familiares tem 3 a 4 pessoas, famílias pequenas são comuns em Portugal e refletem tendências contemporâneas com a presença de um ou dois filhos (gráfico 7 em Anexos). Relativamente ao ano de nascimento do bebé, houve um aumento de nascimentos entre 2020 e 2023. Este aumento pode estar relacionado com fatores pós-pandemia, onde as famílias retomaram planos de ter filhos (gráfico 8 em Anexos).

2. Experiências Relacionadas com o Parto

As experiências das mulheres durante o parto é o tema central deste subgrupo, com destaque para os diferentes tipos de parto, intervenções realizadas, liberdade nas escolhas e movimento durante o trabalho de parto. Estas informações são cruciais para compreender o impacto das práticas obstétricas nas perceções das participantes. Cerca de 68,24% dos partos foram vaginais, enquanto 31,76% foram cesarianas, uma taxa superior à recomendada pela OMS, que indica um limite de 15% para cesarianas sem indicações médicas. Este dado levanta questões sobre a medicalização do parto em Portugal, possíveis práticas rotineiras que não tem em consideração as preferências das mulheres, indicando preferências médicas ou escolhas pessoais das mães (gráfico 6 em Anexos).

A maioria das mulheres esteve grávida apenas uma vez, com uma tendência decrescente para múltiplas gravidezes. O facto de a maioria das mulheres ter tido apenas uma gravidez durante este período pode sugerir uma mudança na estrutura familiar, com casais a optarem por menos filhos, ou refletir as dificuldades em ter mais de uma criança devido a fatores económicos, sociais ou até mesmo motivos de trauma, resultantes de experiências anteriores de gravidez ou parto (gráfico 9 em Anexos).

A maioria dos bebés nasceu entre as 36 até às 42 semanas. Este resultado indica um bom acompanhamento pré-natal, com a maioria das gravidezes a serem levadas até o final da

gestação (gráfico 10 em Anexos). O sexo dos bebés é relativamente equilibrado, com 46,97% do sexo feminino e 52,69% do sexo masculino (gráfico 11 em Anexos).

A maioria dos partos vaginais ocorreu em hospitais públicos (56,59%), com uma percentagem menor em hospitais privados (14,62%) e em domicílio (1,45%). Esta distribuição pode ser influenciada por fatores económicos, bem como pela confiança no Serviço Nacional de Saúde (gráfico 12 em Anexos).

Novamente, a maioria das cesarianas ocorreu em hospitais públicos (21,27%), com uma percentagem significativa em hospitais privados (11,62%). A predominância dos partos em hospitais públicos mantém-se, mas o número significativo de cesarianas em instituições privadas pode refletir uma preferência por escolhas individuais ou circunstâncias médicas (gráfico 13 em Anexos).

Entre os hospitais mais mencionados, incluem-se instituições privadas, como o Hospital Lusíadas Lisboa (100) e o Hospital da Luz Lisboa (92), e públicas, como a Maternidade Alfredo da Costa (81). Esta diversidade nas respostas sugere que muitas mulheres, particularmente em áreas urbanas como Lisboa, estão a optar por hospitais privados, o que pode refletir uma maior capacidade económica, acesso a seguros de saúde ou uma preferência por cuidados mais personalizados. Ao mesmo tempo, a Maternidade Alfredo da Costa e o Hospital de Cascais mantêm-se como escolhas de referência no setor público. A centralização dos nascimentos em grandes centros urbanos pode ser influenciada pelo encerramento de várias maternidades em áreas periféricas, obrigando as mulheres dessas regiões a deslocarem-se para hospitais de maior dimensão. O estudo foi maioritariamente respondido por mulheres com níveis elevados de habilitações literárias, o que pode estar associado a uma maior literacia em saúde, permitindo decisões mais informadas sobre os cuidados de saúde e o acesso a serviços privados, para quem tem essas condições. Este nível elevado de educação das participantes reflete, em parte, o crescente empoderamento e protagonismo das mulheres na sociedade, fruto da emancipação feminina. A capacidade de tomar decisões mais autónomas e informadas, especialmente no que diz respeito à saúde, está intimamente ligada ao acesso a melhores oportunidades, o que coloca estas mulheres numa posição privilegiada para gerir o seu bem-estar, “porque a desinformação é a melhor forma de estas se manterem submissas, sem fazerem exigências.”¹ (gráfico 14 em Anexos) A maioria dos partos foi acompanhada por obstetras (1382) e enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia (1049). Embora o acompanhamento por profissionais qualificados seja positivo, a ausência de doulas e a baixa participação de parteiras tradicionais podem refletir uma abordagem mais medicalizada do parto em Portugal (gráfico 15 em Anexos). Uma percentagem significativa das mulheres não participou em aulas de preparação para o parto, tanto no setor público como no privado. A ausência desta preparação pode ter um impacto negativo na experiência de parto, tornando as mulheres menos preparadas para tomar decisões informadas e aumentando a

sua vulnerabilidade a práticas de violência obstétrica. As aulas de preparação para o parto, em geral, parecem ser pouco utilizadas, o que sugere uma possível falta de acesso, conhecimento ou interesse por parte das gestantes. Este facto aponta para a necessidade de uma maior divulgação ou adaptação das aulas às necessidades das mulheres, de forma a alcançar mais grávidas e garantir que estejam mais bem preparadas para o parto (gráfico 16 e 17 em Anexos). 54,43% das mulheres realizou exames de toque vaginal durante as consultas, enquanto cerca de metade não o fez. Embora este procedimento seja comum no acompanhamento pré-natal, a divisão nas respostas pode refletir diferenças nas práticas entre profissionais. No entanto, o toque vaginal não permite avaliar o estado da gravidez e, especificamente, o comprimento do colo do útero deve ser verificado por meio de uma ecografia, não sendo necessário o exame de toque para essa finalidade. Realizar o toque vaginal de forma excessiva ou sem consentimento pode ser visto como uma violação da dignidade da mulher, destacando a importância de respeitar a sua autonomia e garantir informação clara sobre a sua necessidade (gráfico 18 em Anexos).

1211 mulheres sentiram-se envolvidas nas decisões relacionadas ao parto. Este é um dado positivo, sugerindo que a autonomia da mulher foi respeitada em grande parte dos casos. No entanto, é crucial explorar as 504 mulheres que não se sentiram envolvidas para identificar práticas que podem ser melhoradas (gráfico 19 em Anexos).

59,13% das mulheres afirmaram que as suas preferências foram consideradas, enquanto 37,69% sentiram que não. A maioria das mulheres sentiu que suas preferências foram respeitadas, mas em muitos casos, ainda não têm as suas escolhas respeitadas durante o parto, o que reflete a necessidade de maior diálogo e flexibilidade (gráfico 22 em Anexos).

As principais razões para a realização de cesariana foram paragem ou progressão lenta do trabalho de parto (37,9%), diabetes gestacional (36,9%), gravidez de múltiplos (34,6%), cesariana programada devido a limitações pessoais ou profissionais (25,3%), e gestação com mais de 38 semanas sem início espontâneo de trabalho de parto (24,4%). A paragem ou progressão lenta do trabalho de parto foi a principal justificação para a cesariana, no entanto seria importante perceber verdadeiramente o motivo, pois necessitaríamos de perceber o que significa paragem ou progressão lenta para os profissionais que estão a acompanhar as mulheres. Um parto pode ser rápido ou longo, sem que este se molde aos turnos de 12 horas nos hospitais. A diabetes gestacional e a gravidez de múltiplos tem de ser analisadas caso a caso, para justificar a realização de cesariana, sendo que as evidências nos mostram que existem poucos motivos reais, no entanto, a realização de cesarianas programadas devido a limitações pessoais ou dos profissionais de saúde (como férias ou congressos) levanta preocupações éticas, pois pode indicar a priorização de conveniências externas em detrimento da decisão baseada no melhor interesse da mulher e do bebé (gráfico 24 em Anexos).

51,53% das mulheres afirmaram que tiveram contrações antes da cesariana, sugerindo que a cesariana foi realizada após o início do trabalho de parto, sem que saibamos o motivo real da mesma. Enquanto 48,47% indicaram que não, que reflete a prática comum de cesarianas programadas, que são agendadas por motivos médicos ou eletivos, antes do início do trabalho de parto. Estes resultados destacam a dualidade entre cesarianas realizadas de forma emergente e aquelas programadas, conforme as necessidades médicas ou decisões tomadas durante a gravidez (gráfico 27 em Anexos).

52,12% das mulheres, deu entrada no local do parto com 1 a 4 cm de dilatação, e 15,59% com 5 a 8 cm. Estes resultados indicam que a maioria das mulheres chegou ao hospital ou local de parto numa fase inicial do trabalho de parto, com dilatação ainda limitada. Isso pode refletir que a preparação e o acompanhamento pré-natal não estão a ser efetivos, com as mulheres a serem instruídas a procurar assistência médica cedo demais, o que pode resultar em maior probabilidade de intervenções (gráfico 28 em Anexos).

Cerca de 31,07% das mulheres esteve entre 6 e 12 horas em trabalho de parto, enquanto 23,59% estiveram entre as 12 e as 24 horas (gráfico 29 em Anexos).

592 mulheres puderam mover-se livremente durante todo o trabalho de parto, enquanto 434 indicaram que não e 405 afirmaram que só em alguns momentos. Embora muitas tenham tido liberdade de movimento, cerca de metade enfrentou restrições. A mobilidade durante o parto é benéfica para o progresso do parto e conforto da mulher, e estas limitações, quando não justificadas, podem impactar negativamente a experiência. Estes dados mostram a necessidade de melhorar o incentivo à mobilidade para garantir um parto mais centrado nas preferências das mulheres (gráfico 33 em Anexos).

A maioria das mulheres (778) esteve deitada ou semi-deitada na posição de litotomia, com as pernas elevadas. Apesar de ser a posição mais utilizada, existem outras opções que podem proporcionar maior conforto e ser mais favoráveis ao progresso do parto (gráfico 34 em Anexos).

49,11% afirmaram que a posição foi uma decisão dos profissionais de saúde. Embora quase metade das mulheres tenha seguido a recomendação dos profissionais, isto pode limitar a autonomia das mulheres para escolher a posição mais confortável para elas (gráfico 35 em Anexos).

32,29% teve o desprendimento da placenta de forma natural, sem intervenção. 13,54% dos casos foram induzidos com fármacos para estimular as contrações, 11,09% tiveram desprendimento manual com anestesia, e 6,62% de forma manual, sem anestesia. O desprendimento natural da placenta foi o método mais comum, o que é positivo. No entanto, a utilização de métodos manuais, especialmente sem anestesia, pode causar desconforto e deve ser avaliada com cuidado para evitar intervenções desnecessárias, garantindo o bem-estar e a vontade da mulher (gráfico 40 em Anexos).

Em 37,05% dos casos, o corte do cordão umbilical ocorreu enquanto ainda pulsava, e em

24,91% o corte do cordão umbilical ocorreu após deixar de pulsar. O corte do cordão umbilical enquanto ainda pulsava continua a ser a prática mais comum. No entanto, o corte após a pulsação ter cessado, adotado em 24,91% dos casos, tem sido cada vez mais promovido por evidências que indicam que o atraso no corte pode beneficiar o bebé. Estes resultados mostram que há ainda margem para aumentar a adoção de boas práticas baseadas em evidências científicas (gráfico 41 em Anexos).

A esmagadora maioria (1551) das mulheres teve o cônjuge como acompanhante durante o parto. Apenas uma pequena parte contou com um familiar (81) ou uma doula (48). A preferência pelo cônjuge como principal acompanhante reflete a importância do apoio familiar próximo durante o parto. No entanto, como o cônjuge é contabilizado como acompanhante, de acordo com a lei em vigor, impede que outras pessoas possam estar presentes a dar apoio ao casal (gráfico 47 em Anexos).

3. Consentimento Informado e Autonomia

Este subgrupo analisa o nível de envolvimento das mulheres nas decisões sobre o seu parto. A maioria das mulheres (1211) sentiram-se envolvidas nas decisões relacionadas ao parto. Este é um dado positivo, sugerindo que a autonomia da mulher foi respeitada em muitos casos. No entanto, é crucial explorar os 504 casos em que as mulheres não se sentiram envolvidas para identificar práticas que podem ser melhoradas (gráfico 19 em Anexos). Apenas 40,24% das mulheres apresentaram um plano de parto à equipa de saúde. A apresentação de planos de parto ainda não é uma prática generalizada entre as gestantes. Embora o plano de parto seja uma ferramenta importante para garantir que as preferências da mulher durante o parto sejam respeitadas, a sua utilização limitada pode indicar falta de conhecimento ou sensibilização sobre a sua importância, tanto por parte das mulheres como dos profissionais de saúde. Este facto sugere a necessidade de maior incentivo e divulgação desta prática, para promover uma total participação da mulher nas decisões sobre o seu corpo, assegurando cuidados mais centrados na paciente e respeitadores da sua autonomia e direitos (gráfico 20 em Anexos).

22,2% das mulheres consideraram que a receção do plano de parto foi positiva, 13,99% classificaram-na como nem positiva nem negativa, e 7,57% tiveram uma perceção negativa. No entanto, para 53,99% das mulheres, a questão "não se aplica", o que indica que estas não apresentaram um plano de parto. A perceção sobre a receção do plano de parto foi maioritariamente positiva entre as mulheres que o apresentaram, mas uma percentagem significativa não o fez. Esta limitação no uso de planos de parto evidencia a necessidade de sensibilizar as grávidas para a importância desta ferramenta, que promove maior participação da mulher nas decisões. Contudo, é importante destacar que muitas mulheres desconhecem a existência do plano de parto e as opções disponíveis, o que

reflete a falta de aconselhamento por parte dos profissionais de saúde na divulgação. É essencial que haja uma maior aposta na literacia e no esclarecimento, tanto por parte das grávidas, como dos profissionais (gráfico 21 em Anexos).

Quanto ao consentimento informado, apenas 13,91% das mulheres afirmaram ter compreendido completamente o documento, o que sugere que uma parcela considerável das parturientes não recebeu explicações claras ou adequadas sobre a cesariana. Além disso, o facto de algumas mulheres terem assinado sem compreender ou sob pressão (2,03%) levanta questões éticas sobre a autonomia da paciente, sublinhando a necessidade de melhorar a comunicação e assegurar que o consentimento seja sempre dado de forma verdadeiramente informada, sem qualquer tipo de pressão, opressão ou influencia (gráfico 25 em Anexos). Entre as mulheres que não receberam consentimento informado, 127 indicaram que a cesariana foi uma emergência. Outras razões incluíram a falta de explicação adequada (72). As emergências podem exigir decisões rápidas, onde pode ser difícil obter o consentimento formal. No entanto, melhorar a comunicação prévia sobre cenários de emergência pode ajudar as mães a estarem mais preparadas (gráfico 26 em Anexos).

70,34% das mulheres afirmaram que não tiveram a oportunidade de decidir o que fazer com a sua placenta, enquanto 20,34% indicaram que sim. Este resultado pode sugerir que, em muitos casos, as mulheres não são envolvidas em decisões sobre o destino da placenta, o que pode ser visto como uma perda de autonomia na experiência de parto ou por falta de interesse da mulher (gráfico 45 em Anexos).

A maioria (1579) das mulheres afirmou que não considerou as indicações dos profissionais de saúde desrespeitosas. Apenas 130 mulheres relataram ter experienciado contacto físico que consideraram desrespeitoso. Este é um dado positivo, mas ainda assim, o número de mulheres que se sentiram desrespeitadas não deve ser ignorado, pois reflete uma área de potencial melhoria (gráfico 50 em Anexos).

Para 95,07% das mulheres a questão se tinha sido fotografada ou filmada não se aplicava, e 2,83% afirmaram que sim, sem terem assinado o consentimento informado. Embora a maioria das mulheres não tenha estado em situações que envolvessem registo audiovisual, é preocupante que 2,83% tenham relatado que foram fotografadas ou filmadas sem o seu consentimento. Este dado sublinha a necessidade de reforçar os procedimentos de consentimento informado, garantindo sempre o respeito pela privacidade (gráfico 58 e 59 em Anexos).

Embora quase metade das mulheres (49,32%) não tenha sido assistida por estudantes, 14,23% foram atendidas sem consentimento o que indica uma falha no respeito pela paciente. O consentimento informado deve ser sempre garantido (gráfico 60 em Anexos).

4. Complicações e Problemas de Saúde

As complicações de saúde enfrentadas pelas mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto são o foco deste subgrupo. A complicação mais comum durante a gravidez foi a anemia (19,5%), seguida de estreptococo B (11,5%) e diabetes gestacional (9,5%). A baixa prevalência de outros sintomas sugere que a maioria das gravidezes foi saudável, embora o número de respostas em "outros" (13,1%) indique a existência de outras condições não capturadas nas opções apresentadas (gráfico 23 em Anexos). Cerca de 53,51% afirmaram que receberam fármacos, enquanto 40,64% indicaram que não receberam. A administração de medicamentos como ocitocina é comum para acelerar o trabalho de parto, mas é importante que isso seja feito apenas quando necessário e com o consentimento da mulher (gráfico 30 em Anexos). A maior parte das mulheres (30,96%) recebeu a epidural quando tinha entre 5 e 8 cm de dilatação. Administrar a epidural durante a fase ativa do trabalho de parto (5 e 8 cm de dilatação) é uma prática comum, que proporciona alívio durante as contrações mais intensas. No entanto, é importante garantir que as mulheres estejam informadas sobre os benefícios e potenciais riscos para tomar decisões esclarecidas sobre a epidural (gráfico 32 em Anexos).

Comparativamente aos toques vaginais, a maioria das mulheres (55,84%) teve entre 1 e 4 toques vaginais durante o trabalho de parto, 15,86% tiveram entre 5 e 7 toques e 10,67% tiveram mais de 7 toques. A realização de 1 e 4 toques vaginais foi o mais comum, o que está dentro do esperado para monitorizar o progresso do parto. No entanto, uma percentagem de mulheres reportou um número elevado de toques (mais de 7), o que pode gerar desconforto e levantar preocupações quanto à necessidade de tantas intervenções. Minimizar toques vaginais desnecessários é importante para garantir uma experiência de parto mais positiva e respeitosa (gráfico 42 em Anexos).

Cerca de 32,54% das mulheres indicaram que 2 pessoas diferentes realizaram os toques vaginais, enquanto 23,73% reportaram que entre 3 e 5 pessoas fizeram o procedimento. O facto de múltiplos profissionais realizarem toques vaginais pode causar desconforto para as mulheres e comprometer a sua privacidade. Embora a troca de profissionais seja necessária, a alta rotatividade pode aumentar a sensação de invasão (gráfico 43 em Anexos).

Cerca de 60,7% das mulheres afirmaram que os toques foram realizados num ambiente de intimidade, enquanto 29,7% discordaram totalmente dessa afirmação. Quando se trata de dor, 37,8% das mulheres consideraram que os toques foram dolorosos, enquanto 24,3% discordaram. Estes dados indicam que, embora uma parte significativa das mulheres tenha tido uma experiência positiva no que diz respeito ao ambiente de intimidade durante os toques vaginais, existe um número expressivo de mulheres que teve experiências menos favoráveis, o que pode ser uma área a melhorar (gráfico 44 em Anexos).

Durante o período de pós-parto, o médico ou profissionais de saúde diagnosticaram em 7% das mulheres depressão pós-parto, enquanto 3% relataram stress pós-traumático, e 3,1% sofreram ataques de pânico. Estes dados destacam a importância de uma monitorização contínua da saúde mental das mulheres no período pós-parto, já que este é um momento particularmente sensível (gráfico 67 em Anexos). 38,7% das mulheres relataram dores durante a relação sexual, 27,1% mencionaram incontinência urinária, e 13,3% indicaram outros problemas físicos. A incontinência fecal foi relatada por uma pequena percentagem de 2,8%. Estes dados refletem que uma parte significativa das mulheres enfrenta complicações físicas após o parto, sugerindo a necessidade de um acompanhamento pós-parto mais atento e de medidas preventivas para evitar esses problemas (gráfico 68 em Anexos).

5. Experiência Geral com os Profissionais de Saúde

A interação com os profissionais de saúde, medindo o respeito, a empatia e a qualidade da comunicação durante o parto é o ponto central desta secção. A forma como as mulheres foram tratadas, e como se sentem ouvidas e respeitadas, é essencial para garantir uma experiência de parto humanizada e segura.

A maioria das mulheres (61,3%) afirmou ter estado acompanhada por alguém da sua escolha durante todo o parto. Apenas 7,84% disseram que não estiveram acompanhadas em nenhum momento, sublinha-se a importância da presença de um acompanhante à sua escolha durante o parto, um fator que pode aumentar o conforto e a sensação de apoio emocional durante todo o processo (gráfico 46 em Anexos).

Cerca de 71,45% das mulheres afirmaram que os profissionais de saúde as chamaram sempre pelo nome de forma respeitosa, embora quase 30% tenham sentido o contrário em algum grau. Chamar as mulheres pelo seu nome de forma respeitosa é um aspeto fundamental da educação, profissionalismo e boa convivência, especialmente num contexto tão sensível como o parto/hospital. Este comportamento não é apenas um detalhe, mas sim uma expressão de respeito pela individualidade, dignidade e identidade da pessoa, contribuindo para um ambiente de confiança e segurança (gráfico 48 em Anexos).

62,54% das mulheres afirmaram que se sentiram respeitadas e ouvidas pelos profissionais de saúde durante o parto. No entanto, 27,24% disseram que em alguns momentos se sentiram desrespeitadas, e 10,23% relataram que não se sentiram respeitadas de forma alguma. A sensação de ser respeitada e ouvida durante o parto é crucial para garantir uma experiência positiva e humanizada. Embora a maioria das mulheres tenha relatado sentir-se respeitada, cerca de 37,47% das participantes indicaram episódios de desrespeito, o que pode estar relacionado com falhas de comunicação ou uma desconexão entre as expectativas das parturientes e as práticas dos profissionais de saúde. Esta discrepância

sugere a necessidade de melhorar a escuta ativa e a comunicação entre as equipas médicas e as parturientes, assegurando que as preocupações e preferências das mulheres sejam devidamente consideradas e respeitadas ao longo de todo o processo de parto. O respeito e a validação das mulheres devem ser uma prioridade em todos os atendimentos obstétricos (gráfico 49 em Anexos).

62,6% das mulheres indicaram que a sua privacidade e intimidade foram sempre respeitadas durante o atendimento, 72,8% afirmaram que os profissionais respeitaram e guardaram a confidencialidade, e 76,9% foram informadas sobre o estado de saúde do seu bebé. No entanto, 39,9% das mulheres relataram que nunca foram informadas dos riscos e benefícios das práticas obstétricas. Os dados mostram boas práticas no respeito à dignidade das pacientes, como privacidade, confidencialidade e informação sobre o estado de saúde dos bebés. No entanto, quase 40% das mulheres não foram informadas dos riscos e benefícios das práticas obstétricas, o que evidencia uma falha de comunicação, essencial para garantir o consentimento informado e o respeito pela autonomia das mulheres durante o parto (gráfico 57 em Anexos).

Na avaliação dos profissionais, os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia (EESMO) destacaram-se, com 49% das mulheres a avaliar a sua atenção como "muito boa", enquanto 13,1% classificam como "regular", e 6% deram uma avaliação negativa. No caso dos médicos(as) 35,5% avaliaram a atenção como "muito boa", 19,2% como "regular" e 14,4% atribuíram uma avaliação negativa. Estes dados mostram que, apesar da maioria estar satisfeita, há espaço para melhorias, especialmente na comunicação, empatia e respeito pelas necessidades das pacientes (gráfico 61 em Anexos). 61,44% das mulheres afirmaram que voltariam a escolher a mesma equipa, enquanto 38,56% indicaram que não (gráfico 62 em Anexos). 67,83% das mulheres responderam que teriam o seu parto na mesma instituição, o que sugere que a experiência global foi positiva. No entanto, 32,17% disseram que não, o que pode indicar a necessidade de melhorias em algumas instituições (gráfico 63 em Anexos).

Os dados mostram que 11% das mulheres afirmaram ter sentido discriminação devido ao excesso de peso, sendo este o motivo mais citado. Outros fatores mencionados incluem ser mais jovem (5,8%) ou ser mais velha (3,3%). Também foi relatada discriminação por ser imigrante (1,3%), por baixo peso (1%) e por origem racial ou étnica (0,5%). Embora as percentagens de discriminação por algumas destas categorias sejam relativamente baixas, a existência de qualquer discriminação é alarmante, especialmente em contextos de saúde, onde o atendimento deve ser imparcial e sem preconceitos (gráfico 64 em Anexos). 28,7% das mulheres relataram que os profissionais de saúde não responderam às suas dúvidas e/ou omitiram informações. Além disso, 25,9% afirmaram que os profissionais criticaram ou reprimiram as suas expressões de dor ou emoções. Estes dados sugerem

que há faltas de respeito e falhas na comunicação e na abordagem emocional durante o internamento, o que pode impactar negativamente a experiência das mulheres. Outras experiências relatadas incluem a infantilização por parte dos profissionais (17,9%), comportamentos grosseiros ou sarcásticos (13,9%), e 13,6% das mulheres disseram ter recebido ameaças dos profissionais de saúde. Estes dados destacam a necessidade de melhorar a comunicação, a empatia e o respeito perante as pacientes, para proporcionar um ambiente seguro e respeitoso (gráfico 65 em Anexos).

Em relação a questões das práticas culturais ou religiosas não se aplicava a 73,16% das mulheres. 23,63% relataram que as suas práticas foram respeitadas, enquanto 1,87% afirmaram que nunca houve respeito por essas práticas (gráfico 66 em Anexos).

Após a experiência de parto apenas 4% das mulheres afirmaram ter efetuado alguma reclamação junto dos serviços de apoio ao cliente da instituição. Dessas, 3,7% receberam uma resposta satisfatória. Uma percentagem menos (1,9%) fez reclamações junta da ERS, OM, OE ou IGAS. Estes dados sugerem que poucas mulheres optam por formalizar reclamações apesar de algumas experiências negativas, o que pode ser indicativo de uma falta de confiança nos sistemas de reclamação, falta de informação sobre esses mecanismos ou de vontade de reviver tudo o que foi experienciado.

6. Acesso a Recursos e Práticas

Esta categoria examina o acesso a recursos durante o trabalho de parto, como ferramentas não farmacológicas de alívio da dor, ingestão de líquidos e alimentos, e a prática de pele com pele. Avalia-se também a frequência da amamentação e o apoio oferecido pelas equipas de saúde. Esses dados são importantes para confirmar as práticas institucionais e o impacto no bem-estar materno-infantil.

Cerca de 77,2% das mulheres solicitou anestesia ou epidural, e 92,5% afirmaram que a sua decisão foi respeitada pelos profissionais de saúde. Estes dados indicam que a grande maioria das mulheres teve a sua autonomia respeitada referente às suas escolhas (gráfico 31 em Anexos). A bola de pilates (63,3%), técnicas de respiração (45%) e o uso de água (40,2%) foram as ferramentas mais utilizadas. O recurso a estas opções é positivo, pois promove um parto mais ativo e menos dependente de intervenções médicas (gráfico 36 em Anexos). Aproximadamente 32,32% das mulheres puderam apenas beber e 31,94% não tiveram permissão para comer ou beber. As restrições alimentares durante o trabalho de parto ainda são comuns (gráfico 37 em Anexos). 76,87% das mulheres afirmaram que não foram imobilizadas durante o parto. No entanto, 3,48% relataram que braços e pernas foram imobilizados, 8,41% indicaram apenas os braços e 3,83% apenas as pernas. A imobilização durante o parto, embora rara, foi relatada por uma pequena percentagem de mulheres. Esta prática pode afetar negativamente a experiência do parto, ao limitar a autonomia da mulher e deve ser evitada (gráfico 38 em Anexos). Relativamente às

intervenções obstétricas, as práticas mais comuns foram a monitorização fetal contínua (53,9%) e a canalização de veia (37,1%). Essas intervenções são de rotina para garantir a segurança materno-fetal, mas a sua frequência também levanta questões sobre o uso de práticas intervencionistas que poderiam ser evitadas em gravidezes de baixo risco (gráfico 39 em Anexos).

27,51% das mulheres tiveram contacto pele com pele com o bebé em menos de 10 minutos após o nascimento, e 17,83% mantiveram esse contacto por mais de 1 hora. No entanto, 28,26% relataram que o bebé foi levado imediatamente sem fazer pele com pele. Este dado indica que, embora algumas mulheres tenham tido uma experiência benéfica, existe a necessidade de rever práticas institucionais para priorizar o contacto pele com pele, exceto em casos de emergências (gráfico 51 em Anexos).

A maioria (83,08%) das mulheres amamentou sempre que o bebé quis (livre demanda), 11,38% amamentaram a horas certas conforme indicação médica, e 5,43% não amamentaram. Amamentar em livre demanda, praticado por 83,08% das mulheres, segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), promovendo a amamentação de acordo com as necessidades do bebé. Os 11,38% que amamentaram a horas indicadas e os 5,43% que não amamentaram indicam que há variações nas práticas de amamentação, sugerindo a necessidade de uma maior uniformização e apoio ao aleitamento materno (gráfico 53 em Anexos).

884 mulheres afirmaram que os profissionais de saúde lhes deram apoio na amamentação, 800 receberam também apoio profissional com o ensino de técnicas de amamentação. No entanto, 215 mulheres indicaram que não receberam qualquer apoio, e 203 relataram que os profissionais criticaram a sua capacidade de amamentar. Embora uma grande parte das mulheres tenha recebido apoio adequado, o facto de 215 não terem recebido qualquer ajuda e 203 terem sido alvo de críticas sobre a sua capacidade de amamentar revela uma necessidade clara de melhorar o suporte oferecido. O incentivo à amamentação deve ser feito de forma consistente, com empatia e foco no apoio prático, para evitar que as mães se sintam “inadequadas” ou desencorajadas nesse processo (gráfico 54 em Anexos).

A maioria (1031) das mulheres respondeu que o bebé não recebeu outro tipo de alimentação senão leite materno durante a hospitalização. 296 mulheres disseram que sim, e 90 afirmaram que isso aconteceu sem a sua autorização. Estes resultados reforçam a importância de respeitar a escolha das mães em relação à alimentação dos seus bebés (gráfico 55 em Anexos).

A grande maioria (91,19%) das mulheres afirmou que permaneceu junto do bebé durante todo o tempo do internamento. Apenas uma pequena percentagem indicou que esteve junto do bebé em momentos pontuais, o que sugere que, na maioria dos casos, é permitida a presença constante da mãe durante o internamento do bebé, o que é uma prática

positiva, pois favorece a promoção do aleitamento materno e um vínculo e aprendizagem constante para a mãe, o bebé e a família (gráfico 56 em Anexos).

Resultados Qualitativos

A última questão do questionário ofereceu a oportunidade para as mulheres partilharem as suas experiências de parto, num espaço de resposta aberta para a livre expressão onde puderam descrever, de forma pessoal e emocional, o que sentiram. Cerca de 1000 mulheres aproveitaram este campo, proporcionando um retrato íntimo e de contraste da realidade obstétrica em Portugal.

Entre várias descrições, destacam-se situações de falta de apoio pós-parto e na amamentação, onde muitas descreveram sentir-se desamparadas num momento de grande vulnerabilidade. As experiências traumáticas com intervenções desnecessárias também foram frequentemente mencionadas, com muitas mulheres a relatarem procedimentos como episiotomias, manobras de *Kristeller* e cesarianas realizados sem o devido consentimento ou explicação adequada.

O uso de força física desnecessária foi relatado por algumas mulheres: *"Fizeram a manobra de Kristeller sem me avisar. De repente, senti uma pressão enorme sobre a minha barriga e só depois me disseram que era para 'ajudar'. Fiquei cheia de dores e marcas na barriga durante dias."*

Um tema central emergente foi a falta de respeito pela autonomia durante o parto, em que os profissionais de saúde tomaram decisões sem consultar as parturientes, gerando sentimentos de impotência e invasão de direitos. Como uma participante relatou: *"Senti que não tive escolha... quando percebi, já tinham dado a ocitocina sem me avisar. Perguntei o que era aquilo e só então me explicaram que era para acelerar o parto. Não tive oportunidade de dizer sim ou não."* Outros exemplos ilustram esta falta de consentimento: *"Fizeram-me uma episiotomia sem me consultarem, senti-me completamente violada. Só percebi o que aconteceu depois de já ter sido feita."*

A violência obstétrica foi descrita por diversas mulheres, manifestada em intervenções sem consentimento, toques vaginais repetidos sem explicação, administração de fármacos sem um diálogo adequado e a privação de informações pertinentes. Uma mulher relatou *"Nunca me disseram quantos centímetros de dilatação eu tinha ou como estava a evoluir o parto. Era como se eu não tivesse direito a saber o que estava a acontecer com o meu próprio corpo."* Muitos relatos refletem também a falta de empatia e humanização por parte dos profissionais de saúde, com comentários insensíveis que agravaram o impacto emocional das parturientes. *"Quando perguntei se poderia mudar de posição, disseram-me: 'Estás*

aqui para parir, não para ter privilégios'. Senti-me humilhada," descreveu uma mulher. Outra referiu: *"Os comentários da enfermeira foram horríveis... disse-me que estava a fazer drama, quando eu estava a ter uma contração muito dolorosa.",* e ainda *"A médica disse-me que eu não sabia empurrar, gritou comigo várias vezes e chegou a dizer: 'Se não fizeres como eu estou a mandar, o teu bebé vai morrer'."* Ou até *"Quando eu perguntei se poderia ter um parto normal, a enfermeira disse: 'Com esse peso? Esquece'.* Senti-me humilhada por ser tratada daquela maneira, só por causa do meu corpo."

Além disso, houve relatos de separação injustificada do bebé logo após o parto: *"Depois do parto, levaram o meu bebé para outra sala sem me dar explicações. Eu só queria fazer pele com pele, mas disseram-me que tinham de o levar 'por protocolo'. Fiquei sem saber o que estava a acontecer."*

A pandemia intensificou as restrições à presença de acompanhantes, aumentando o sentimento de solidão e vulnerabilidade. Como descreveu uma participante: *"Não deixaram o meu marido ficar comigo durante o trabalho de parto. Só o deixaram entrar quando o bebé estava para nascer. Senti-me sozinha o tempo todo."* Estas restrições, especialmente no pós-parto, refletiram também desigualdades no tratamento: *"No pós-parto, o meu marido teve direito a visitas de 20 minutos... enquanto outras mulheres tinham familiares a passar horas. Não houve qualquer justiça nesse tratamento."*

A falta de apoio no pós-parto e na amamentação foi outro tema recorrente, com muitas mulheres a expressarem frustração pela ausência de orientação adequada. *"Estava com muita dificuldade em amamentar, e o que ouvi foi: 'Você não tem leite suficiente, é melhor dar leite adaptado'.* Ninguém me ajudou realmente," relatou uma participante. Outra comentou: *"Querida muito amamentar, mas a enfermeira disse que eu não estava a segurar o bebé direito. Em vez de me mostrar como fazer, ela só criticou. Foi desesperante."*

Apesar das várias queixas de violência obstétrica, falta de autonomia, apoio e empatia, vários relatos também descreveram experiências positivas. Mulheres que foram acompanhadas por profissionais sensíveis e respeitosos descreveram essas experiências como empoderadoras. *"Tive um parto domiciliar e foi absolutamente incrível. A equipa respeitou cada uma das minhas decisões e senti-me no controlo de todo o processo,"* referiu uma mulher. Outra elogiou a equipa hospitalar: *"No hospital, tive sorte de ter uma equipa fantástica. Respeitaram o meu plano de parto e deram-me liberdade para decidir como eu queria que tudo acontecesse."* No entanto, não podemos normalizar que a experiência de respeito pelos desejos da mulher no parto dependa de sorte. Todo e qualquer profissional de saúde deve estar devidamente atualizado e saber respeitar as preferências, vontades e desejos da mulher.

Outras participantes mencionaram sentir-se bem acompanhadas, tanto física como emocionalmente, durante todo o processo. *"Desde o momento em que cheguei ao hospital, senti-me acolhida e ouvida. A equipa foi extremamente atenciosa e explicou cada etapa, dando-me a confiança necessária para passar por um momento tão importante,"* descreveu uma mulher. Um outro relato referiu: *"Pedi para ter o meu bebé logo nos braços após o parto, e o pedido foi respeitado. Fizeram pele com pele e ajudaram-me a amamentar imediatamente. Foi uma experiência muito respeitosa e humana."*

Essas histórias positivas são exceções em meio a muitos relatos de intervenções excessivas e desumanização, mas mostram que mudanças no atendimento obstétrico podem proporcionar experiências de parto mais saudáveis e respeitosas. Essas experiências servem como modelos de boas práticas que devem ser reproduzidas, garantindo que todas as mulheres tenham um parto digno e respeitado.

Discussão

Os resultados deste estudo oferecem uma reflexão profunda sobre as experiências obstétricas em Portugal ao longo da última década, divulgando tanto melhorias como áreas a melhorar. A validade interna é reforçada pela diversidade da amostra, que abrange mulheres de diferentes idades, níveis de escolaridade e regiões geográficas, contribuindo para a representatividade dos resultados. Contudo, o método de amostragem “bola-de-neve” pode ter introduzido viés, dado que as participantes são maioritariamente mulheres que possuem níveis elevados de escolaridade, o que pode influenciar a sua literacia em saúde e a predisposição para participar no estudo. Este fator foi considerado na análise da representatividade da amostra, especialmente entre populações mais vulneráveis ou com menor acesso à *internet*.

A validade externa dos resultados pode ser aplicável para contextos e populações semelhantes, particularmente em países com sistemas de saúde semelhantes ao de Portugal. No entanto, o estudo focou-se em mulheres entre os 18 e 55 anos, que se tornaram mães entre 2013 e 2023, o que limita a aplicabilidade dos resultados a outros grupos etários ou períodos temporais. Além disso, o estudo não captou, de forma robusta, dados de regiões mais periféricas ou de populações menos escolarizadas, o que pode reduzir o alcance dos resultados.

Um ponto crítico destacado pelos resultados é a discrepância entre as práticas obstétricas em Portugal e as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), sobretudo no que diz respeito às taxas elevadas de cesarianas e à realização de intervenções sem consentimento informado, que levantam questões éticas e de direitos humanos. A comparação com outros estudos evidencia que a violência obstétrica é uma realidade global. No entanto, este estudo destaca a necessidade de melhorar o diálogo e a comunicação entre profissionais de saúde e parturientes, assegurando que as decisões clínicas sejam tomadas em conjunto, respeitando as decisões da mulher. A falta de consentimento informado, frequentemente mencionada por muitas participantes, compromete a qualidade da experiência de parto e constitui uma violação dos princípios de dignidade e respeito que devem orientar os cuidados de saúde materno-infantis.

Os resultados revelam informações valiosas sobre as experiências de gravidez e parto em Portugal, destacando tanto aspetos positivos como áreas críticas nos cuidados obstétricos. Por exemplo, o nascimento da maioria dos bebés no período gestacional adequado indica um bom acompanhamento pré-natal, o que demonstra a qualidade dos cuidados de saúde. No entanto, a baixa adesão a aulas de preparação para o parto e a reduzida utilização do plano de parto e de métodos não farmacológicos para o alívio da dor sugerem a necessidade de maior promoção e divulgação destas práticas. Estas são ferramentas fundamentais para empoderar as mulheres durante o parto, oferecendo-lhes mais opções e

controlo sobre o seu processo, e a fraca adoção pode indicar lacunas na formação ou no acesso a estas opções.

Embora a maioria das participantes tenha referido sentir-se envolvida nas decisões sobre o parto, muitas indicaram que as suas preferências não foram respeitadas, sobretudo em relação a cesarianas e toques vaginais. A ausência de um consentimento informado claro para esses procedimentos, como as cesarianas, levanta preocupações éticas e sublinha a necessidade de melhorar a comunicação entre profissionais e parturientes para que as decisões clínicas sejam sempre discutidas de forma transparente.

Após o parto, muitas mulheres mencionaram complicações físicas, como dores durante a relação sexual e incontinência urinária, o que demonstra a necessidade de um acompanhamento pós-parto mais cuidadoso e contínuo. Embora a maioria das mulheres tenha avaliado positivamente o tratamento recebido pelos profissionais de saúde, uma parte significativa relatou episódios de desrespeito e falhas na comunicação, o que compromete a qualidade da experiência. Os relatos de falta de respeito pela intimidade e a omissão de informações são aspetos que merecem atenção para garantir um atendimento mais humanizado. Adicionalmente, o estudo destaca lacunas no acesso a práticas importantes, como o contacto pele a pele após o nascimento e a amamentação em livre demanda, sublinhando a necessidade de melhorar a implementação dessas práticas em todos os hospitais.

Os relatos de parto em Portugal entre 2013 e 2023 revelam uma dicotomia, enquanto algumas mulheres relataram intervenções traumáticas e a falta de consentimento, outras descreveram histórias de empoderamento e respeito. Estes últimos casos estão frequentemente associados a profissionais de saúde que valorizam a autonomia da mulher, fornecendo-lhe apoio adequado e respeitando as suas escolhas. Estas diferenças refletem uma necessidade urgente de mudanças no atendimento obstétricos em Portugal, com foco em práticas centradas na mulher, assegurando o respeito, o consentimento informado e a liberdade de escolha ao longo de todo o processo da gravidez, parto e pós-parto.

Este estudo conclui que, para garantir um atendimento mais humanizado e ético, é crucial investir na formação contínua e atualizada dos profissionais de saúde, com ênfase na comunicação e no respeito pela autonomia da mulher. Futuras investigações deverão explorar formas de melhorar o acesso a cuidados obstétricos de qualidade, em todas as regiões e estratos sociais, assegurando que todas as mulheres tenham a oportunidade de viver a melhor experiência de parto digna, respeitosa e alinhada com as suas escolhas e vontades.

Conclusões

Este estudo aprofundou o entendimento das experiências obstétricas em Portugal, entre 2013 e 2023 e divulgou padrões significativos que impactam a perceção dos cuidados materno-infantis. Os dados analisados evidenciam uma prevalência de intervenções médicas sem consentimento informado, além de falhas na comunicação e no respeito pela autonomia das mulheres, o que salienta a urgência de mudanças nas práticas obstétricas atuais.

Embora muitas mulheres descrevam o envolvimento nas decisões relativas ao parto, um número preocupante de experiências negativas, onde as suas vontades e preferências não foram respeitadas, mostra que a autonomia das mulheres durante este período continua a ser comprometida. Estes resultados apontam para uma lacuna que exige atenção urgente, sobretudo no que diz respeito à aplicação do consentimento informado e ao respeito pelas decisões das parturientes.

A principal recomendação decorrente desta investigação passa pelo desenvolvimento de práticas mais centradas na utente, que compreendam a participação ativa das mulheres nas decisões relacionadas com o parto e o seu corpo. Ferramentas como o plano de parto, em conjunto com uma comunicação eficaz e respeitosa por parte dos profissionais de saúde, são cruciais para proporcionar uma experiência de parto mais digna e humanizada. As medidas adequadas providenciariam um maior bem-estar físico e emocional para as mulheres, e consequentemente uma maior satisfação com os cuidados recebidos.

Para além dos números apresentados, destaca-se as histórias individuais relatadas pelas mulheres, que ilustram de forma visceral e emocional o impacto real das práticas obstétricas. Estes testemunhos dão voz à verdadeira dimensão do problema, demonstrando que o impacto da violência obstétrica vai muito além das estatísticas. Através destas vozes, torna-se evidente que, por detrás de cada número, existe uma experiência humana que merece ser ouvida e respeitada.

Além disso, os resultados desta investigação não se restringem ao contexto nacional. A violência obstétrica é um problema de saúde pública global e as conclusões deste estudo alinhadas com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) podem servir de base para iniciativas mais amplas que promovam cuidados obstétricos baseados em evidências, equitativos e centrados na pessoa. Este trabalho pode inspirar novas discussões e pesquisas, não só em Portugal, mas também noutros países onde estas questões são desvalorizadas.

É importante também reconhecer as limitações deste estudo. A amostra, constituída maioritariamente por mulheres com níveis elevados de escolaridade, pode não representar a diversidade das experiências obstétricas de toda a população. Além disso, os desafios relacionados com a recolha de dados, como a variabilidade no preenchimento dos

questionários, podem ter condicionado os resultados obtidos. Estudos futuros podem concentrar-se em recolher dados de populações mais diversas, especialmente em áreas rurais e entre grupos socioeconómicos mais vulneráveis, permitindo uma visão mais completa e precisa das condições obstétricas em todo o país.

Este estudo contribui de forma significativa para o conhecimento e debate sobre a violência obstétrica em Portugal, promovendo reflexões importantes sobre a melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos e o respeito pelos direitos das mulheres. Ao trazer estas questões para o centro da discussão pública e científica, reforça-se a urgência de reestruturar práticas hospitalares para garantir cuidados mais éticos, empáticos, sensíveis e centrados na utente.

Recomendações

Com base nos resultados adquiridos, recomenda-se várias ações para melhorar a qualidade dos cuidados obstétricos em Portugal. Em primeiro lugar, é essencial implementar formações contínuas para profissionais de saúde, com o objetivo de aumentar a sensibilização sobre o consentimento informado, a atualização constante da informação, o respeito igualitário, a autonomia das mulheres e a humanização dos cuidados ao longo de todo o período no hospital. Estas formações devem incluir componentes sobre comunicação eficaz e empatia, de modo a garantir que as necessidades, preferências e expectativas das mulheres sejam ouvidas e respeitadas, criando assim uma maior ligação e confiança entre as mesmas e os profissionais de saúde.

Uma outra recomendação essencial passa pela criação de equipas multidisciplinares nos hospitais, integrando não apenas médicos, enfermeiros, psicólogos, auxiliares e técnicos, mas também outros profissionais especializados, como doulas, parteiras e consultores de lactação. Esta medida inovadora poderia ajudar a aliviar a sobrecarga de trabalho sentida pelos profissionais de saúde, que muitas vezes enfrentam jornadas fatigantes devido à falta de recursos humanos e ao excesso de trabalho. O apoio de profissionais como as doulas pode proporcionar às mulheres um acompanhamento emocional mais próximo durante o parto, respeitando as suas escolhas e garantindo que a sua autonomia e empoderamento sejam inteiramente valorizados. Além disso, a inclusão de consultores de lactação nas equipas hospitalares poderia ser determinante no apoio às mães no pós-parto, particularmente na assistência ao início da amamentação, apoio em problemas e orientações valiosas, que encorajam a mulher nas suas decisões. Muitas vezes, pequenos problemas relacionados com a amamentação podem ser resolvidos com um acompanhamento especializado e uma segunda opinião, evitando frustrações e aumentando a taxa de sucesso na amamentação. Esta distribuição de tarefas seria benéfica não só para as mulheres, que se sentiriam mais apoiadas de forma completa e personalizada, como também para os profissionais de saúde, que teriam mais tempo para focar-se nas suas principais funções e reduzir a sensação de sobrecarga. A criação destas equipas multidisciplinares permitiria uma assistência mais adaptada, eficaz e humanizada, garantindo que todas as mulheres recebam os cuidados que merecem, em todas as etapas da maternidade.

Para além disso, é crucial reforçar os cuidados de saúde no período pós-parto. Recomenda-se a criação de uma rede de cuidados de saúde primários dedicada aos primeiros 30 dias após o nascimento, que inclua visitas domiciliárias, por exemplo, garantindo um acompanhamento mais próximo e eficaz das recém-mães e dos seus bebés. A atenção à saúde mental perinatal e à saúde pélvica deve também ser uma preferência, indo para além da consulta pós-parto tradicional, proporcionando que as

mulheres recebam o suporte necessário para a sua recuperação física e emocional.

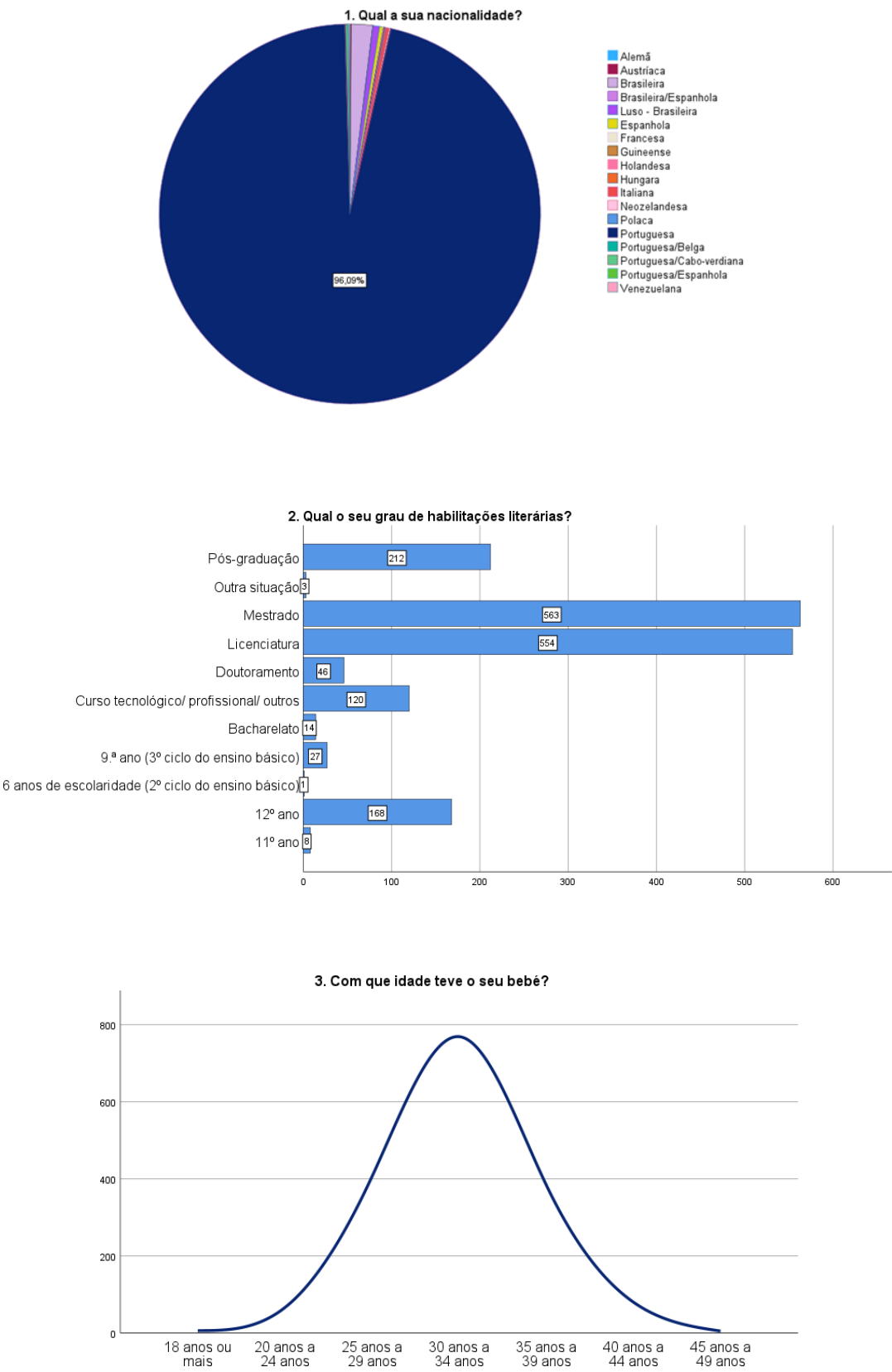
Adicionalmente, é fundamental a criação de políticas mais rigorosas que promovam a monitorização e avaliação das práticas obstétricas em todo o território nacional, certificando que as diretrizes da OMS sejam seguidas de forma consistente. A inclusão e divulgação de aulas de preparação para o parto e a promoção de métodos de alívio não farmacológico da dor são também aconselhadas, com o objetivo de empoderar as mulheres e envolvendo as mulheres nas decisões sobre os seus cuidados, aumentando a sua participação ativa no processo de parto.

Por fim, é necessária uma maior investigação sobre a violência obstétrica em contextos menos estudados, como em regiões mais periféricas e entre populações vulneráveis. Estudos futuros poderão ajudar a compreender melhor as causas subjacentes à violência obstétrica e identificar soluções para garantir que todas as mulheres, independentemente da sua condição socioeconómica ou localização geográfica, tenham acesso a cuidados obstétricos de qualidade.

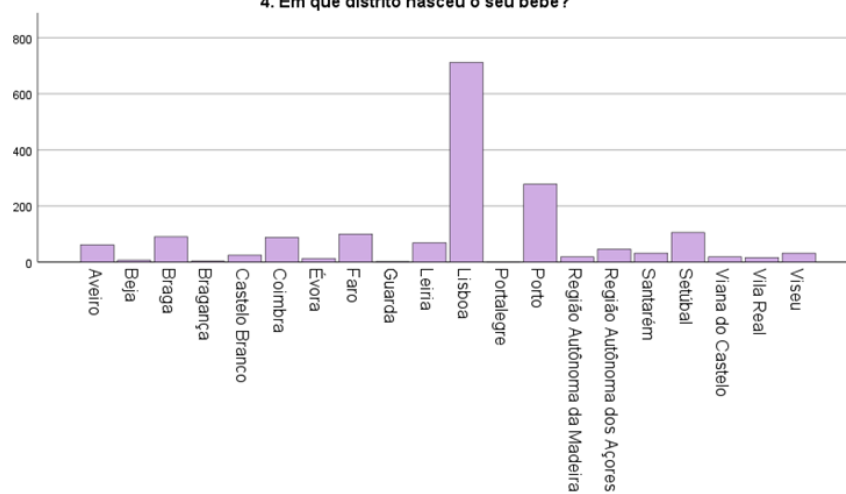
Bibliografia

- (1) Negrão M. O meu parto, as minhas regras. 1ª ed. Arena; 2024
- (2) Lazzerini M, Covi B, Mariani I, et al. Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. The Lancet Reg Health Eur. 2021 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- (3) Chabbert M, Devouche E, Rozenberg P, Wendland J. Validation de l'échelle d'évaluation du vécu de l'accouchement (QEVA) auprès d'une population française. L'Encéphale. 2021 Aug. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.06.016>
- (4) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 2007. La Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica nº 38.668 sobre el Derecho de Las Mujeres a una vida libre de Violencia. Available from: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/1165_0.pdf
- (5) World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>
- (6) APDMGP. Inquérito Experiências De Parto Em Portugal. 2ª Edição. 2019. Available from: https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experie%CC%82ncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.pdf
- (7) Ordem Dos Médicos. Parecer do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos sobre o Projeto de Lei nº 912 XIV PAN 2021. Available from: <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/Parecer-Projeto-Lei-912XIV-2.pdf>
- (8) Assembleia da República. Resolução da Assembleia da República n.º 181/2021, de 28 de junho. 2021. Available from: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2021/06/12300/0000600006.pdf>
- (9) Diário da República. Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro. Lisboa. 2019. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- (10) Castro MC, Rates SS. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

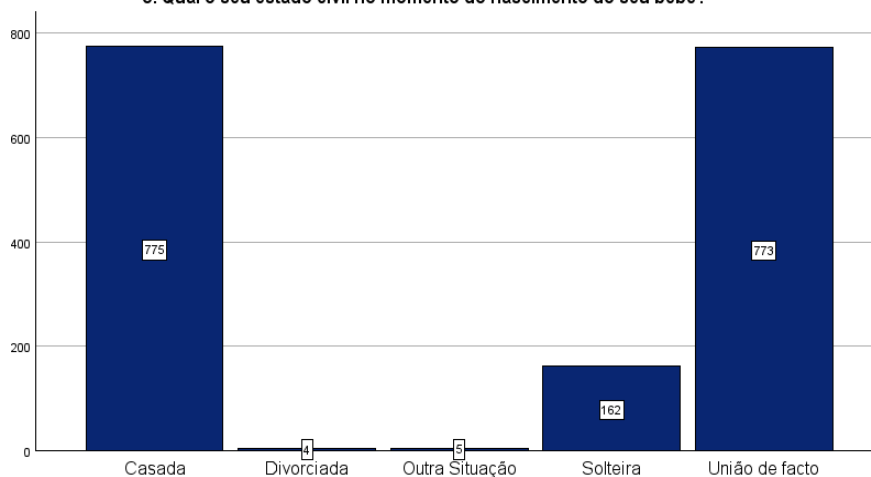
Anexos



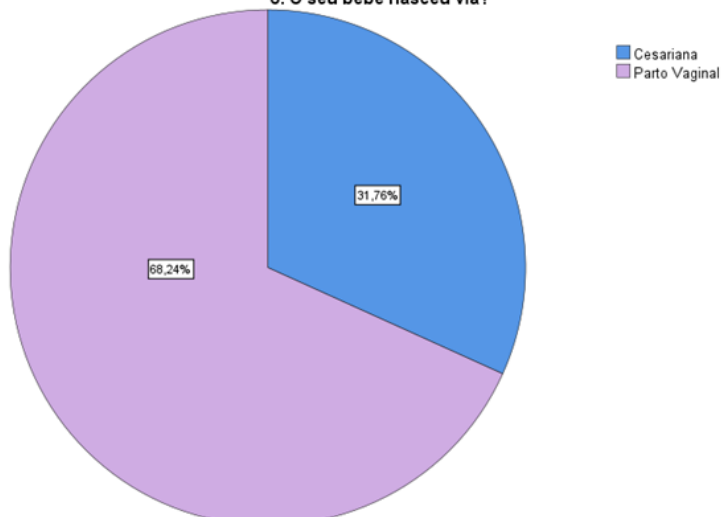
4. Em que distrito nasceu o seu bebé?



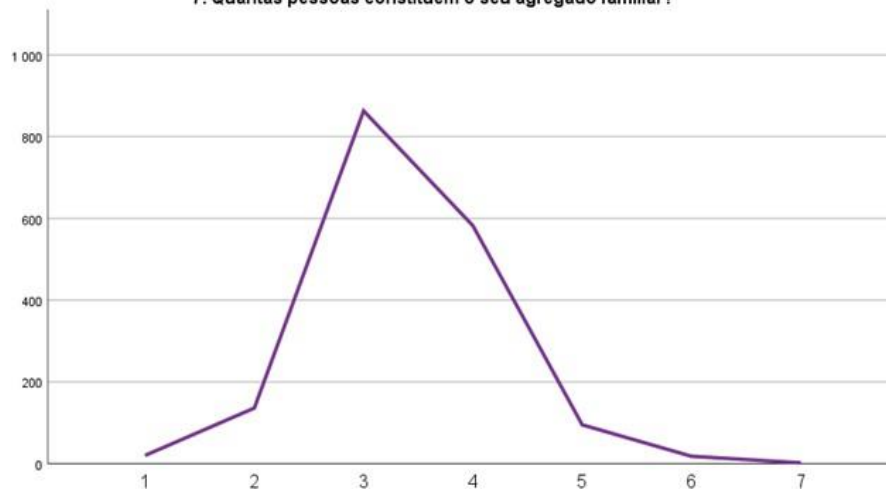
5. Qual o seu estado civil no momento do nascimento do seu bebé?



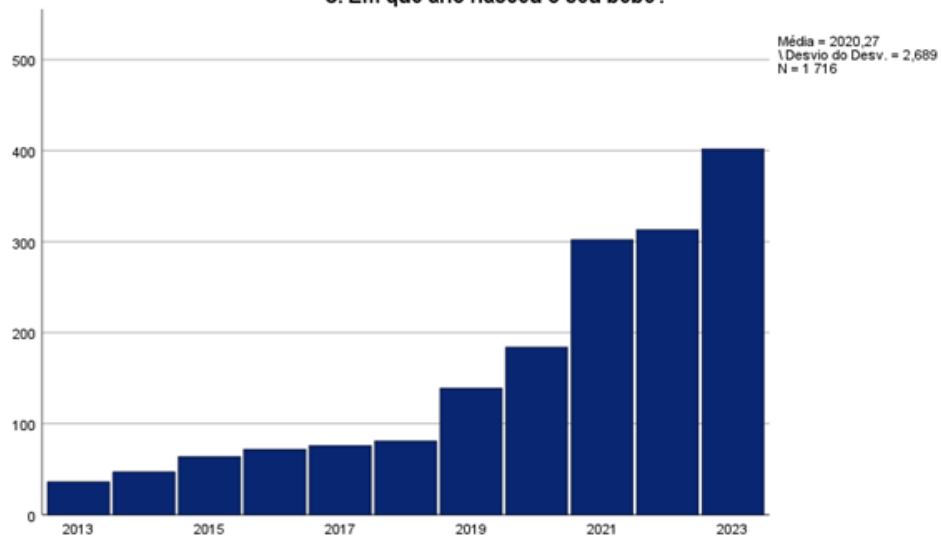
6. O seu bebé nasceu via?



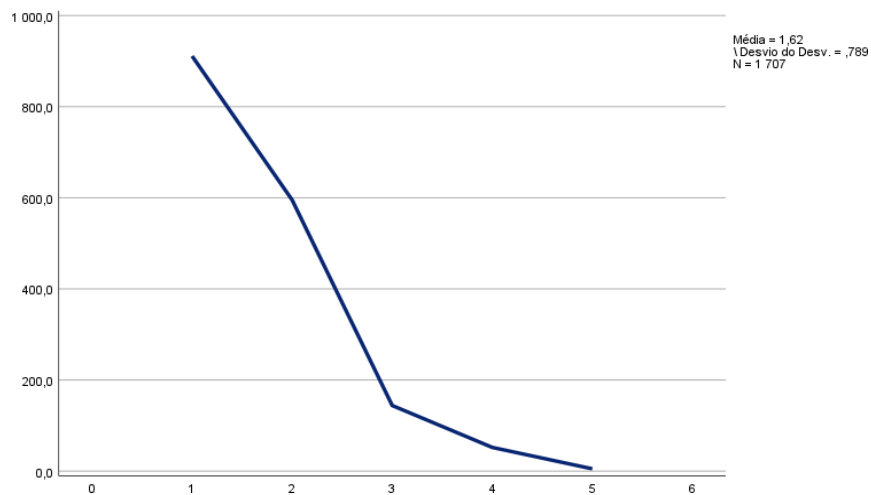
7. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar?



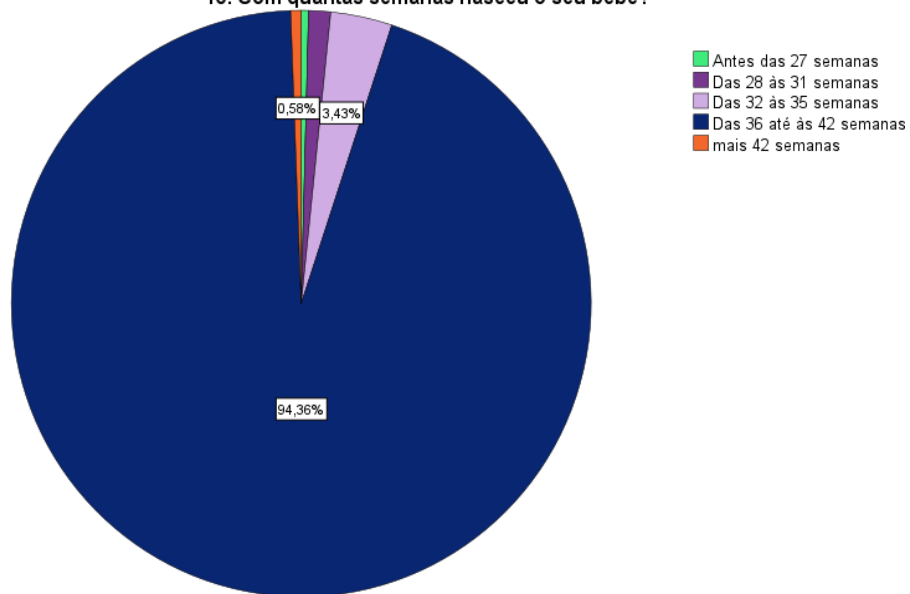
8. Em que ano nasceu o seu bebé?



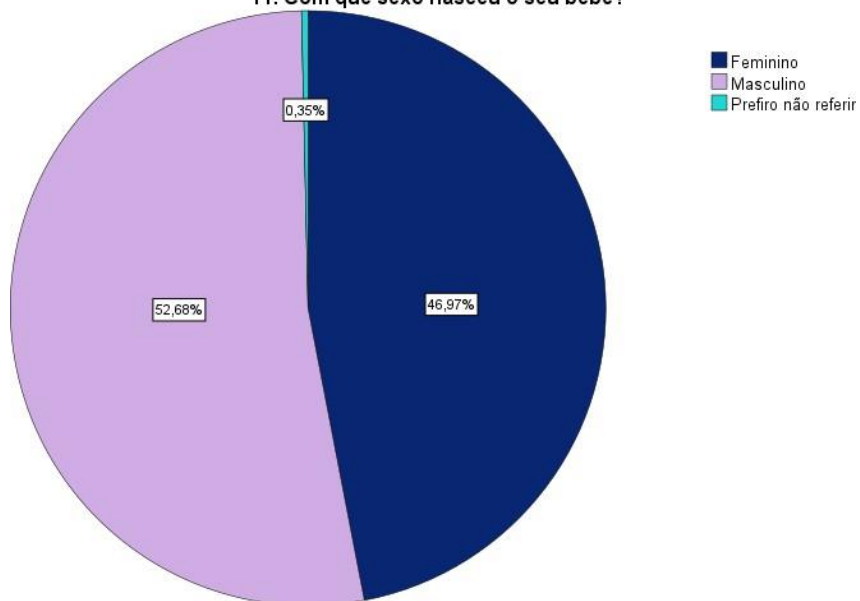
9. Quantas vezes esteve grávida durante o período de 2013 a 2023?



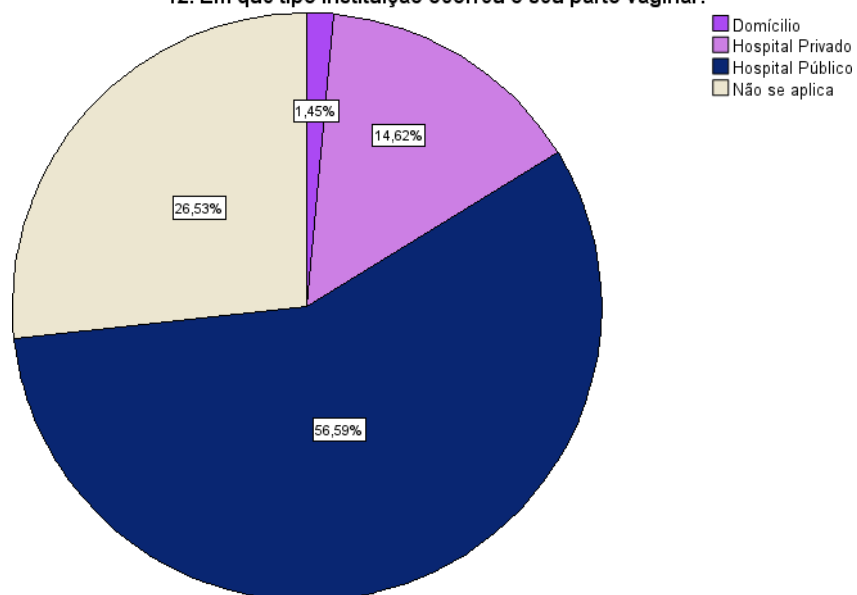
10. Com quantas semanas nasceu o seu bebé?



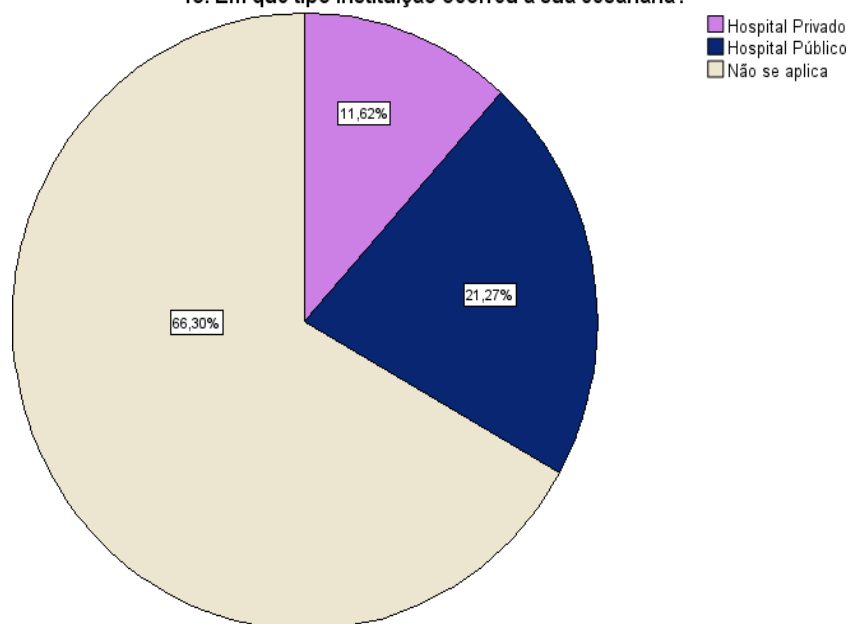
11. Com que sexo nasceu o seu bebé?



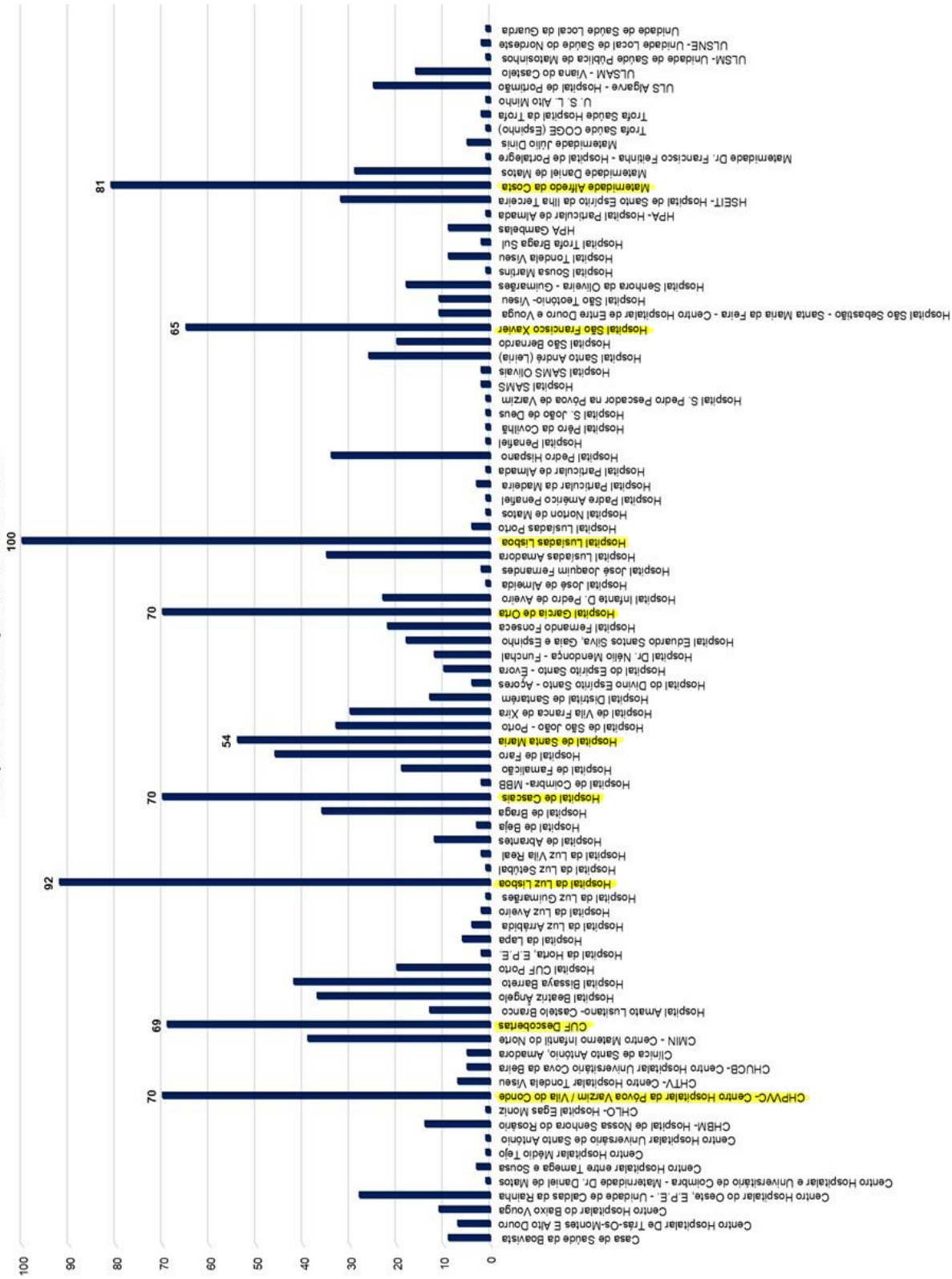
12. Em que tipo instituição ocorreu o seu parto vaginal?



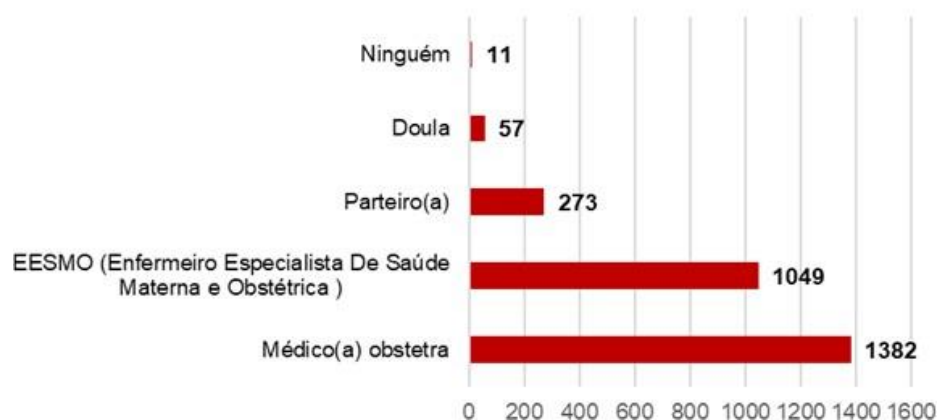
13. Em que tipo instituição ocorreu a sua cesariana?



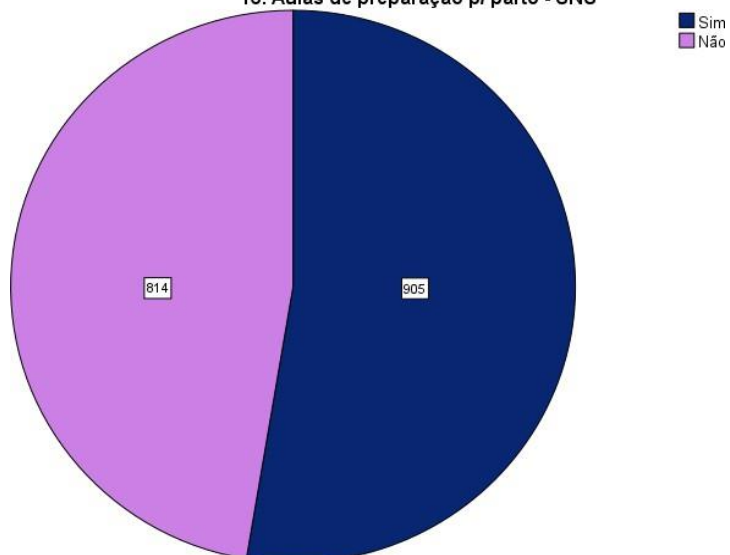
14. Indique o nome da instituição onde nasceu o seu bebé?



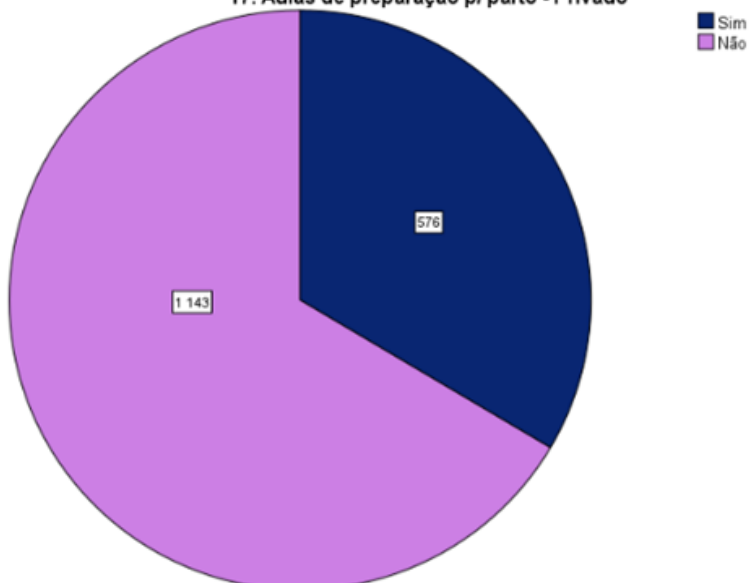
15. Que profissionais foram responsáveis pelo acompanhamento do seu parto?



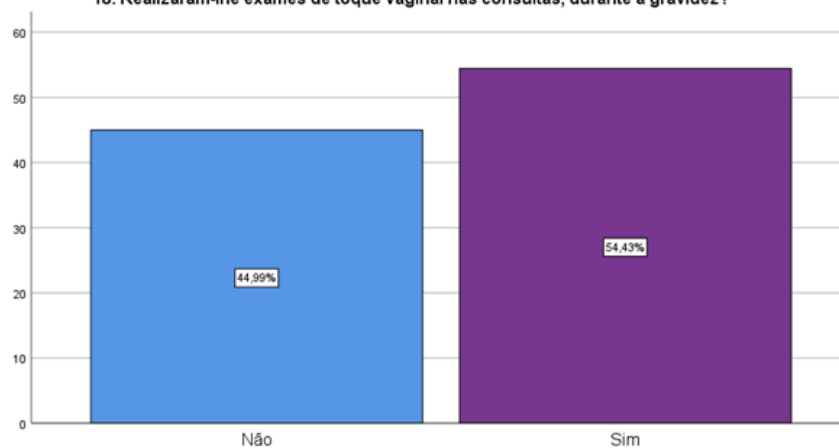
16. Aulas de preparação p/ parto - SNS



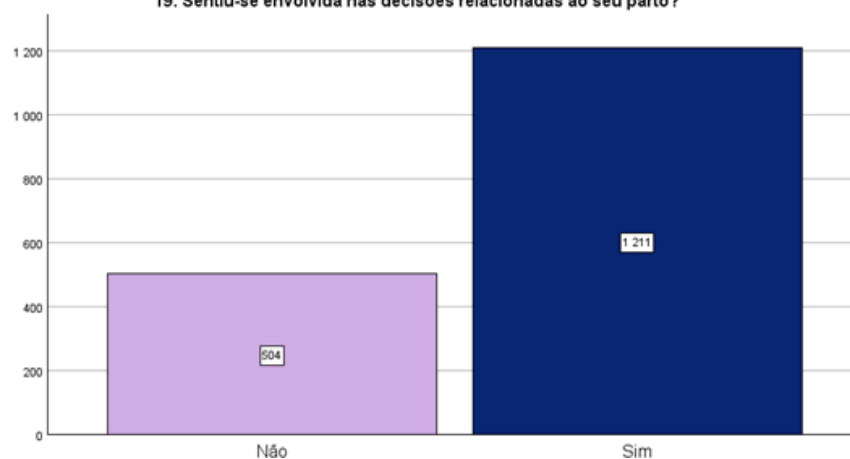
17. Aulas de preparação p/ parto - Privado



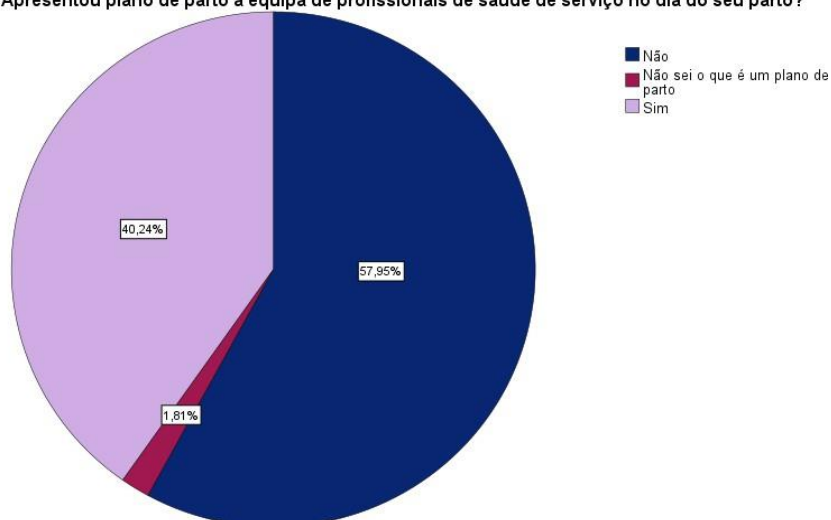
18. Realizaram-lhe exames de toque vaginal nas consultas, durante a gravidez?



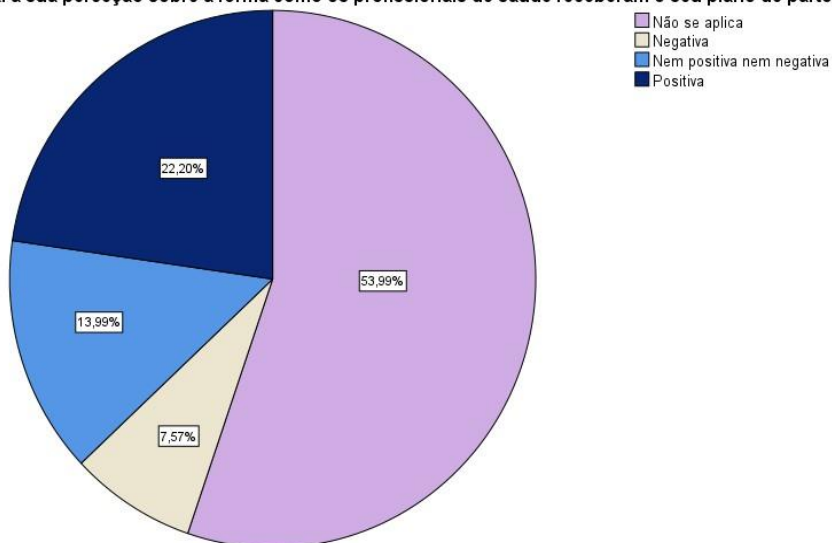
19. Sentiu-se envolvida nas decisões relacionadas ao seu parto?



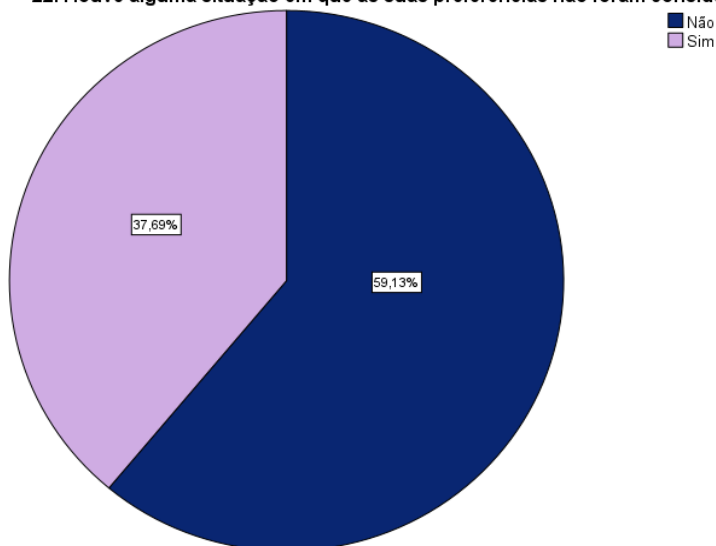
20. Apresentou plano de parto à equipa de profissionais de saúde de serviço no dia do seu parto?



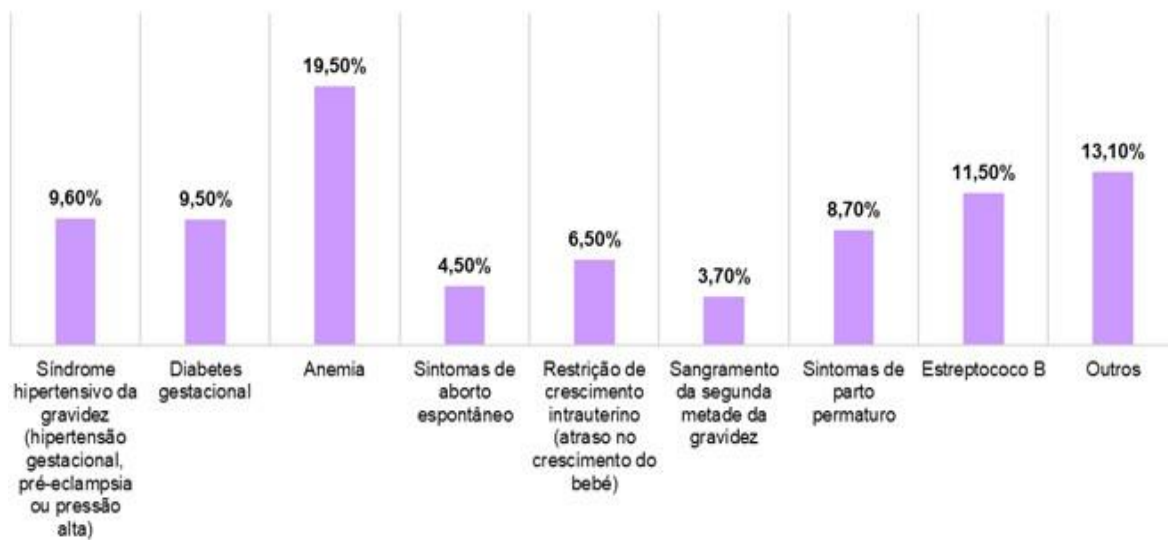
21. Qual a sua percepção sobre a forma como os profissionais de saúde receberam o seu plano de parto?



22. Houve alguma situação em que as suas preferências não foram consideradas?

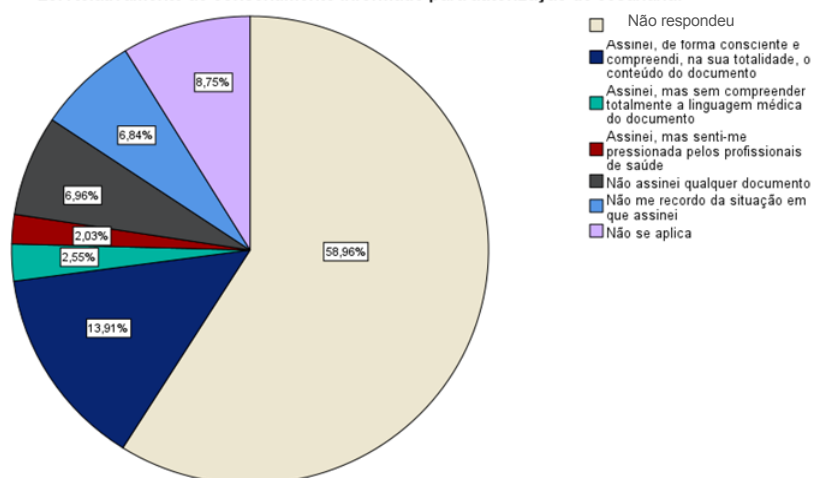


23. Teve alguns destes sintomas ou patologias durante a gravidez?

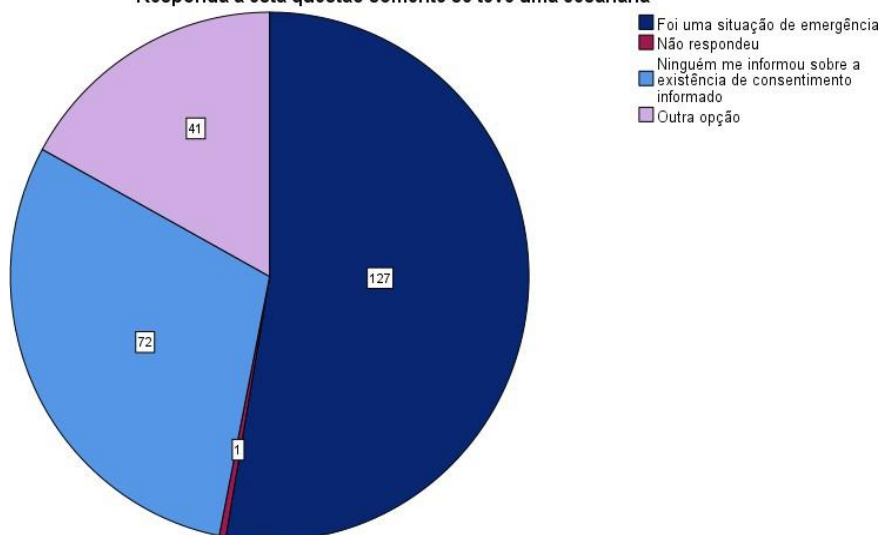


Condição	Prevalência (%)
Cesariana(s) anterior(es)	8,90%
Gravidez de múltiplos	34,60%
Sofimento fetal	19,10%
Gestação com idade superior a 38 semanas, sem início espontâneo de ou atrevesado parto	24,40%
Restrição de crescimento intrauterino (bebê pequeno)	10,30%
Macrosomia fetal (bebê muito grande)	10,60%
Círculo de cordão enrolado no pescoço	4,50%
Placenta prévia	3,40%
Descadamento de placenta	0,90%
Prolapso do cordão (quando o umbilical sai antes que o bebê pelo canal vaginal)	17,70%
Desproporção entre a pelvis e o tamanho do bebê (pélvis sem passagem)	19,80%
Hipoxia fetal ou batimentos baixos	8,60%
Presença de líquido amniótico	10,70%
Síndrome hipertensiva na gravidez (hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia)	6,70%
Diabetes gestacional	36,80%
Paragem ou progressão lenta do trabalho de parto	37,90%
Indução sem sucesso	2,80%
Cesariana programada por limitações pessoais ou profissionais dos profissionais de saúde (férias, congressos, etc)	25,30%

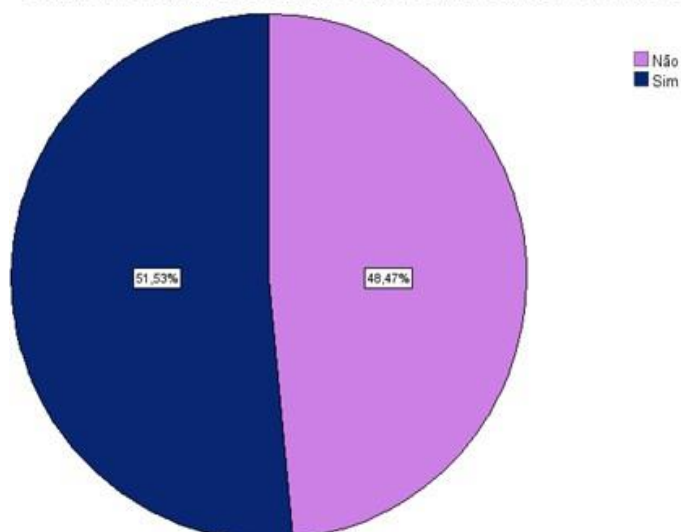
25. Relativamente ao consentimento informado para autorização de cesariana:



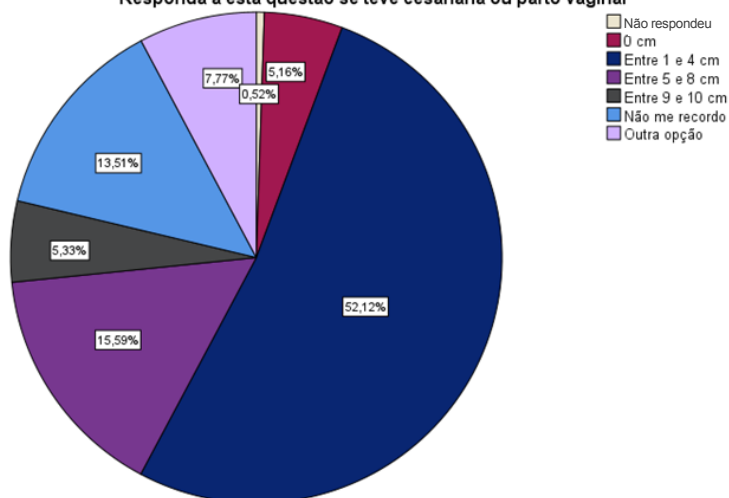
26. Se não houve consentimento informado, qual o motivo?
*Responda a esta questão somente se teve uma cesariana



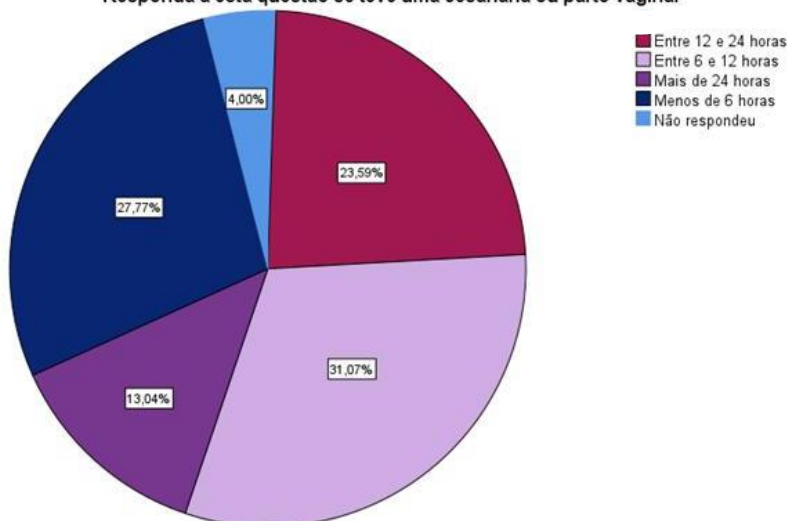
27. Na sua cesariana, teve contrações que levaram ao início do trabalho de parto?



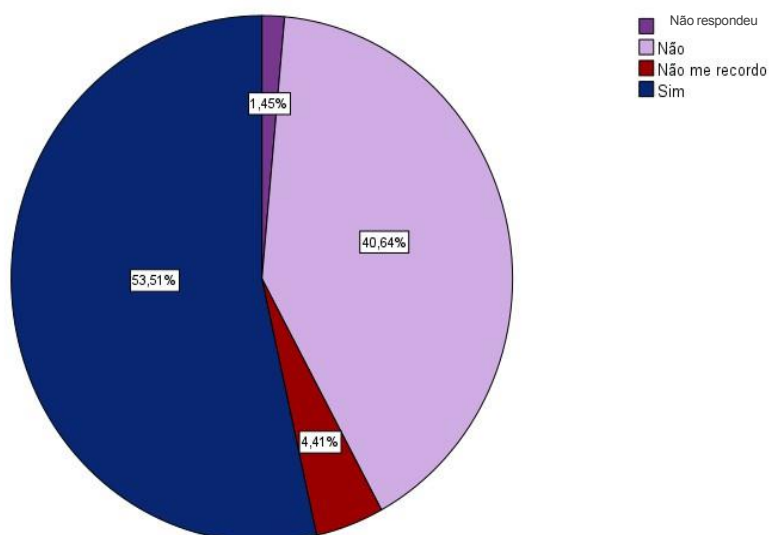
28. Recorda-se quantos centímetros de dilatação tinha quando deu entrada no local de parto?
 *Responda a esta questão se teve cesariana ou parto vaginal



29. Desde o momento em que deu entrada no hospital, quanto tempo esteve em trabalho de parto?
 *Responda a esta questão se teve uma cesariana ou parto vaginal



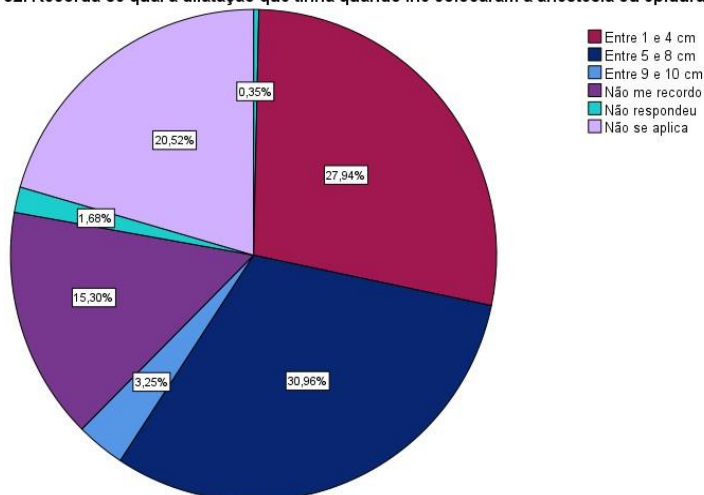
30. Os profissionais de saúde que a atenderam deram-lhe algum fármaco (injetável ou comprimidos) para provocar ou intensificar as contrações?



31. Responda às seguintes questões?

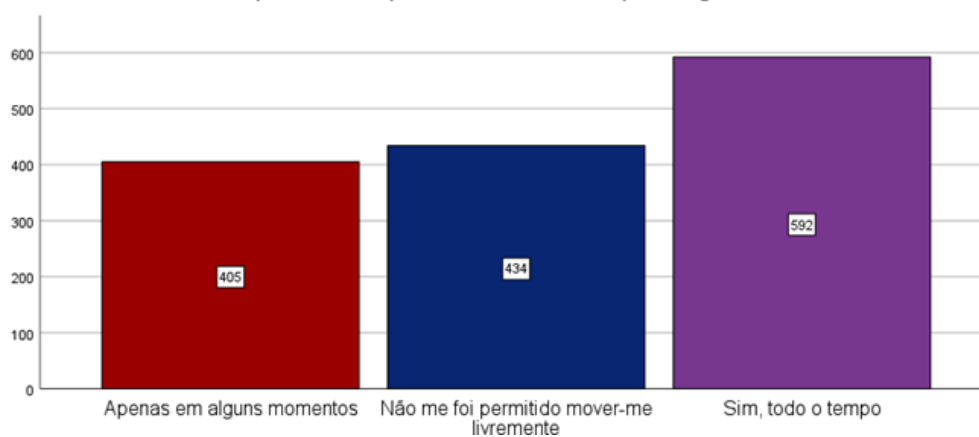


32. Recorda-se qual a dilatação que tinha quando lhe colocaram a anestesia ou epidural?

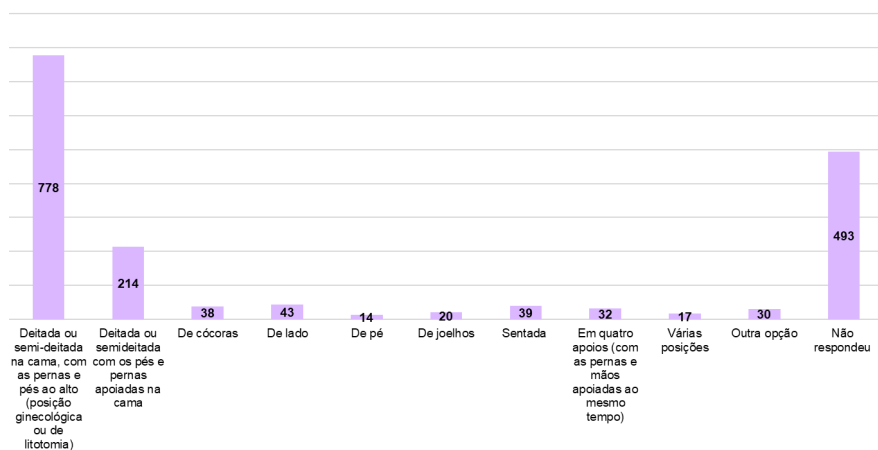


33. Pôde escolher mover-se livremente durante o trabalho de parto e estar na posição que considerava mais confortável para parir?

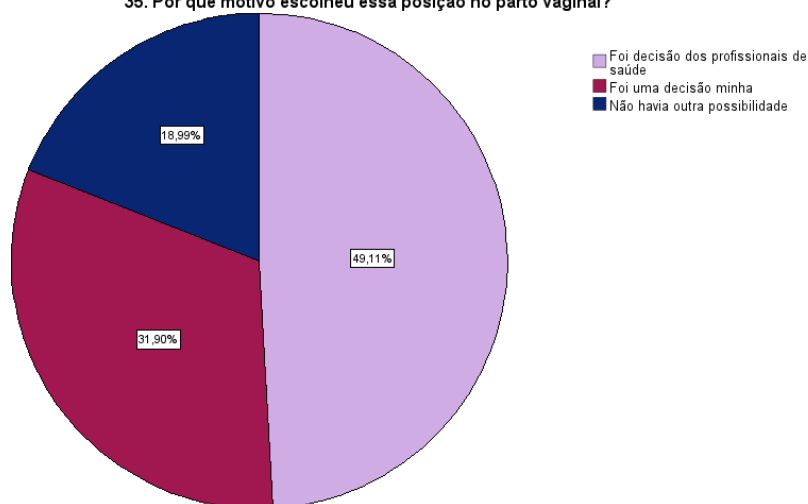
(Mover-se livremente significa que pde estar sentada, deitada, a caminhar ou ficar parada, sempre que quis)
 *Responda a esta questão somente se teve parto vaginal



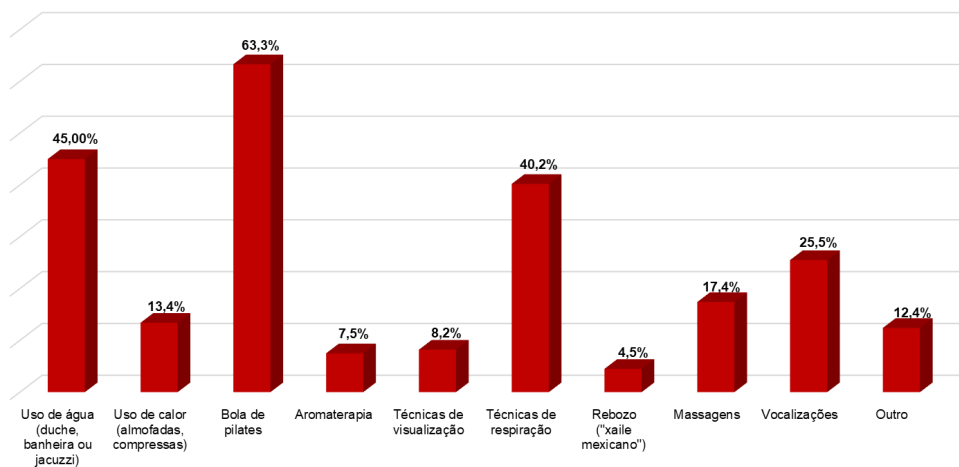
34. Que posição adotou no parto vaginal?



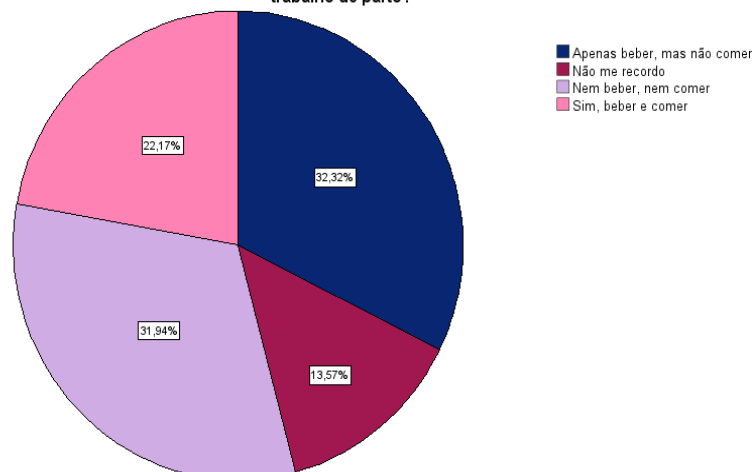
35. Por que motivo escolheu essa posição no parto vaginal?



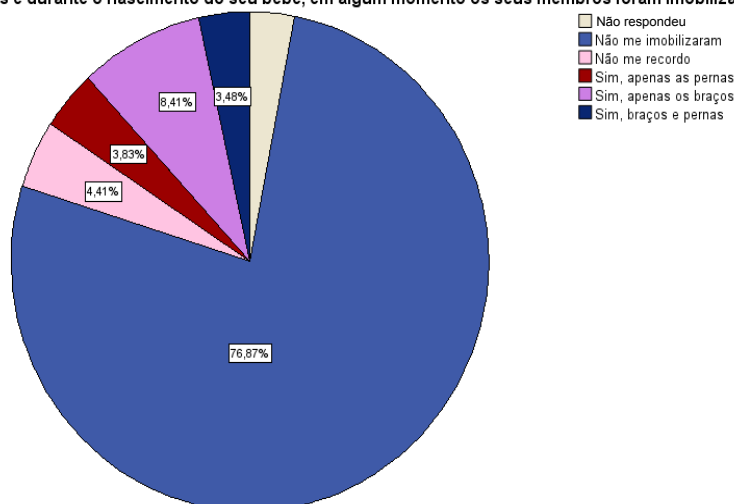
36. No local de parto que escolheu teve acesso a alguma das seguintes ferramentas não farmacológicas de alívio de dor, durante o trabalho de parto?



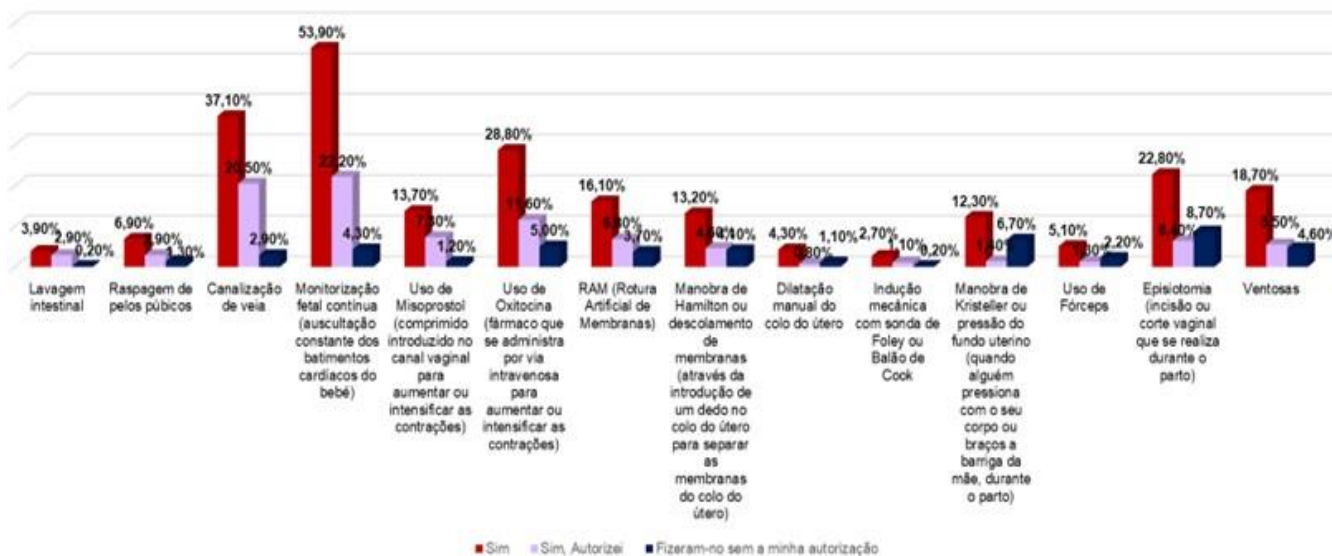
37. Os profissionais de saúde que a assistiram permitiram que ingerisse líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto?



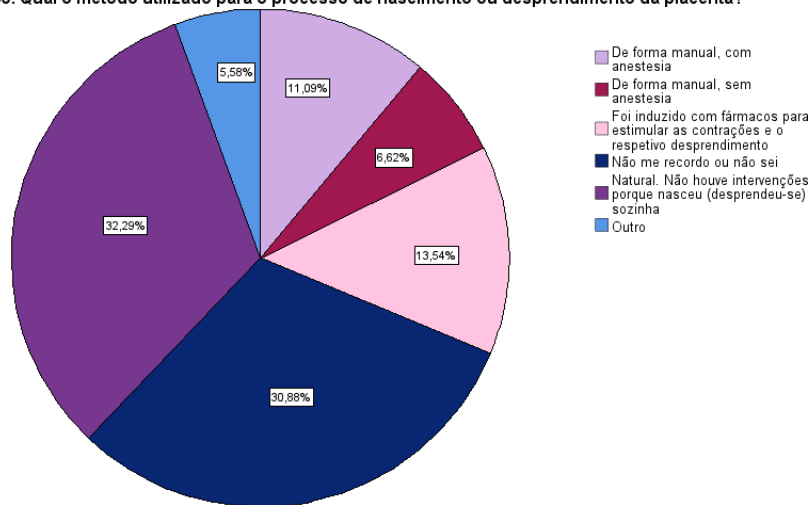
38. Antes e durante o nascimento do seu bebê, em algum momento os seus membros foram imobilizados?



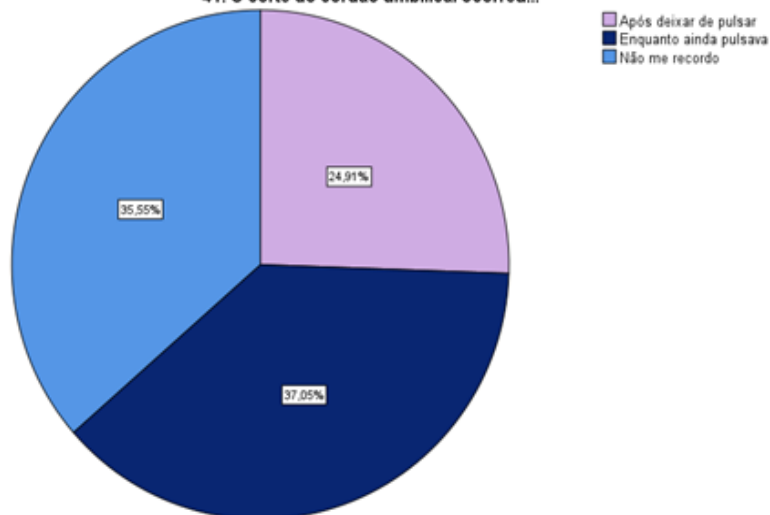
39. Relativamente a intervenções obstétricas, os profissionais de saúde realizaram alguma das seguintes práticas?



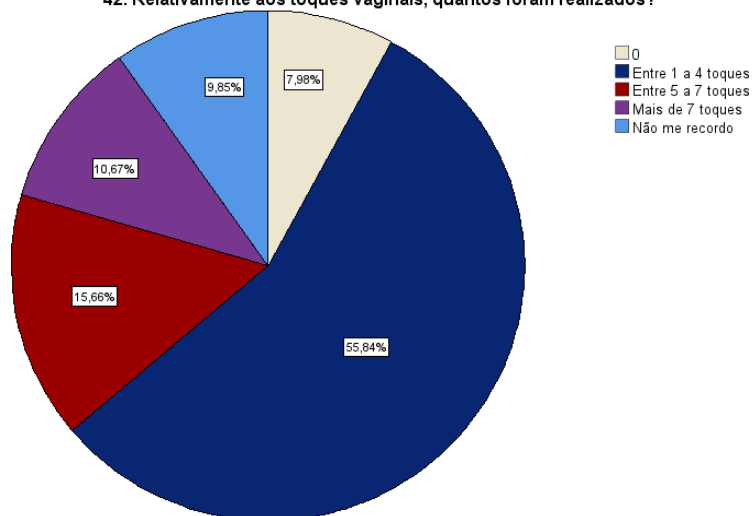
40. Qual o método utilizado para o processo de nascimento ou desprendimento da placenta?



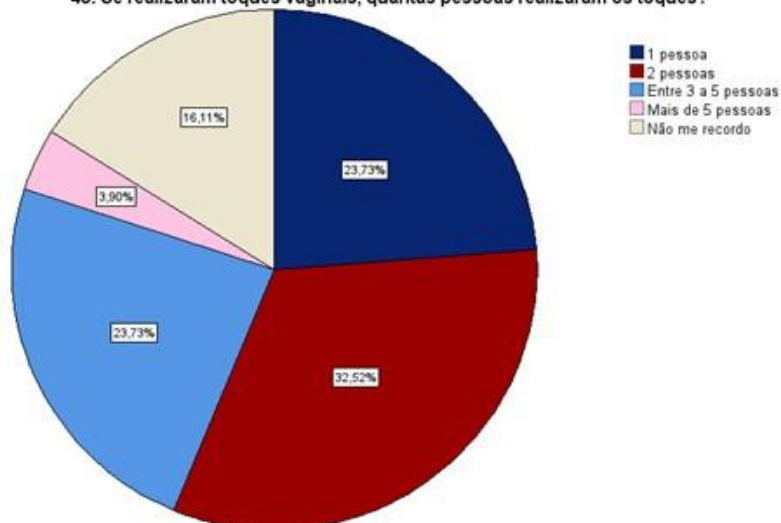
41. O corte do cordão umbilical ocorreu...



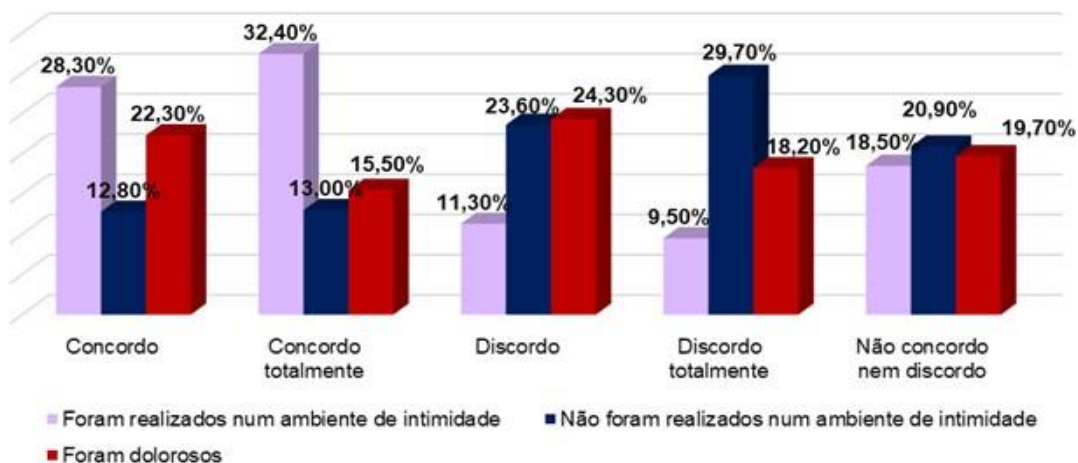
42. Relativamente aos toques vaginais, quantos foram realizados?



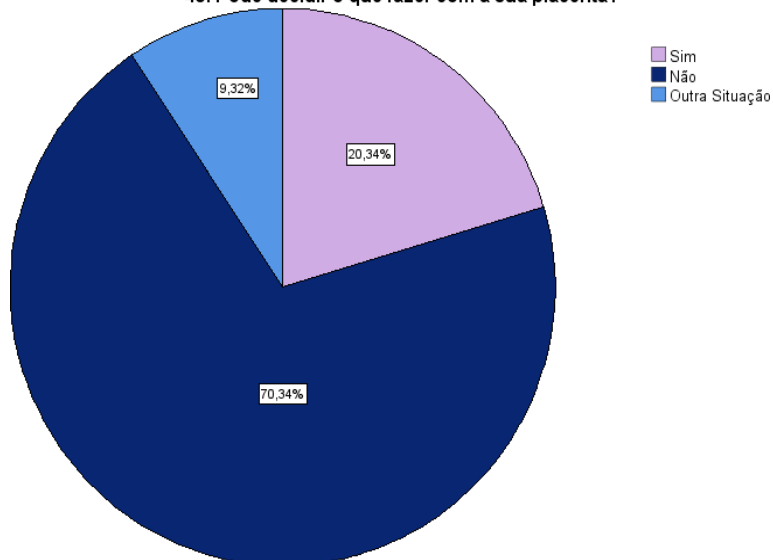
43. Se realizaram toques vaginais, quantas pessoas realizaram os toques?



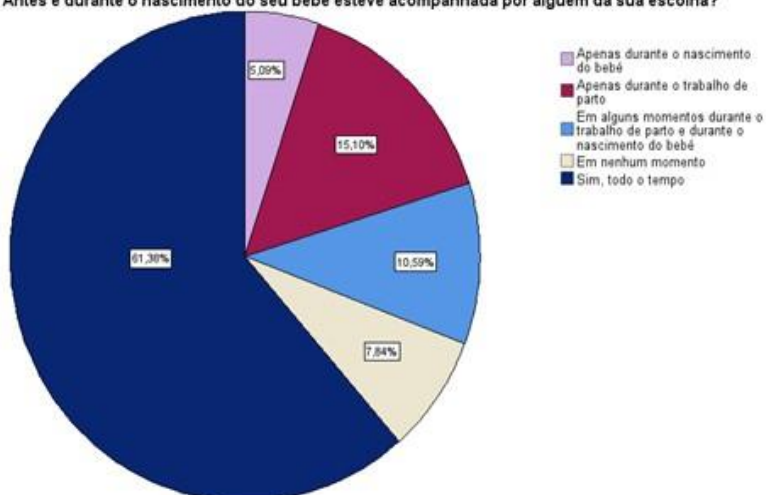
44. Se tivesse de descrever a sua experiência relativamente aos toques, em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações: "os toques que me foram realizados..."



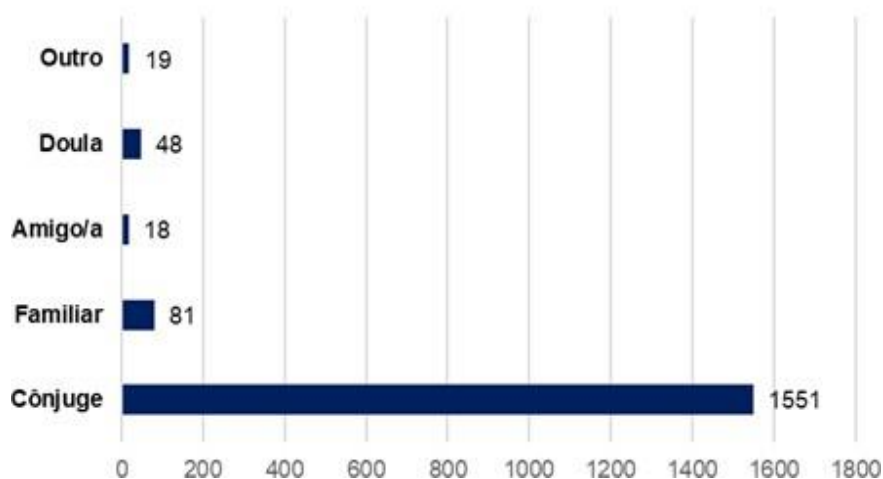
45. Póde decidir o que fazer com a sua placenta?



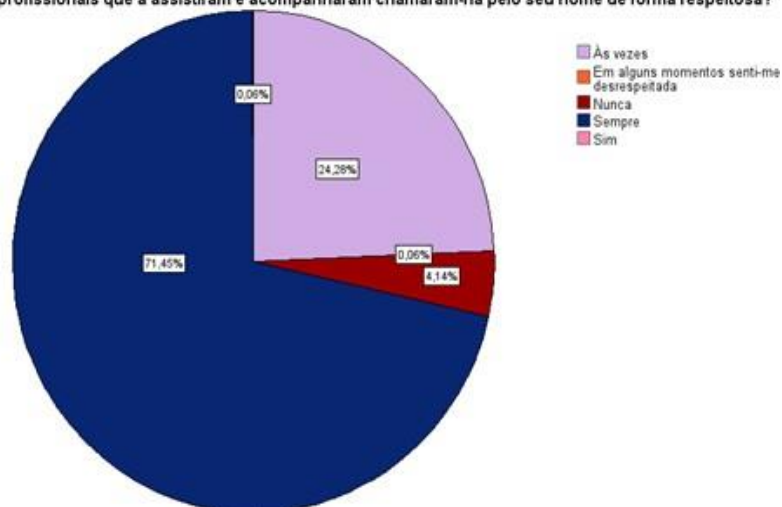
46. Antes e durante o nascimento do seu bebê esteve acompanhada por alguém da sua escolha?



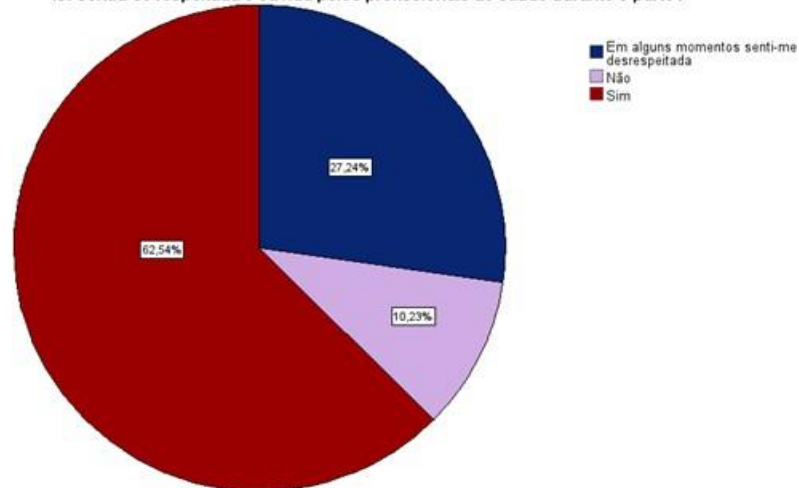
47. Quem foi o seu acompanhante?



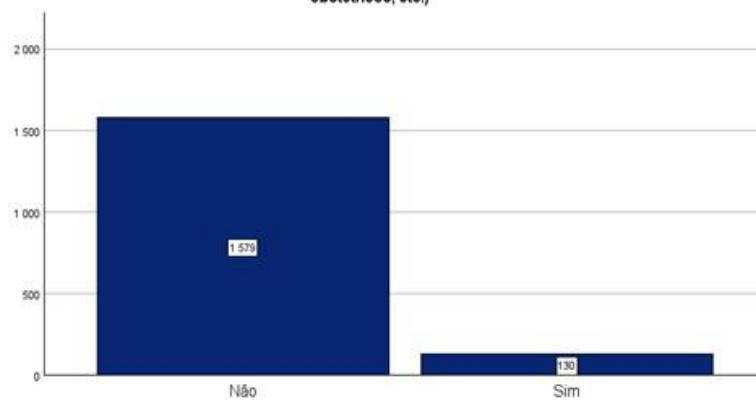
48. Os profissionais que a assistiram e acompanharam chamaram-na pelo seu nome de forma respeitosa?



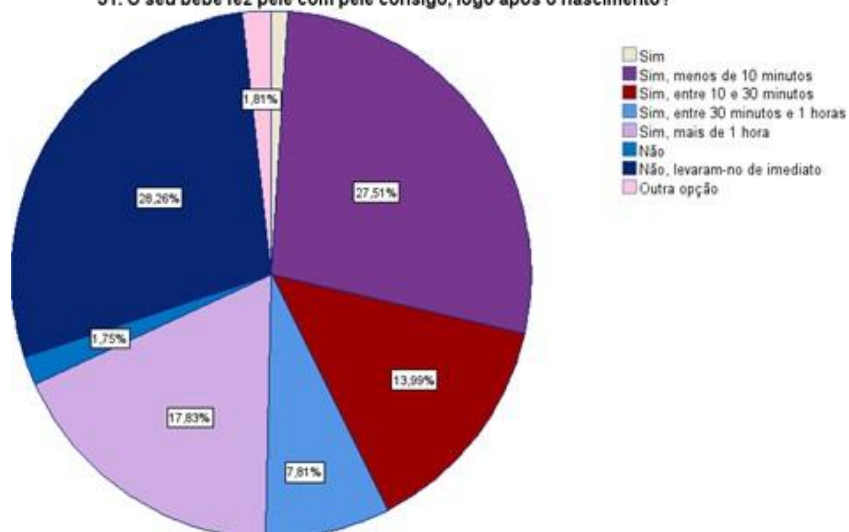
49. Sentiu-se respeitada e ouvida pelos profissionais de saúde durante o parto?



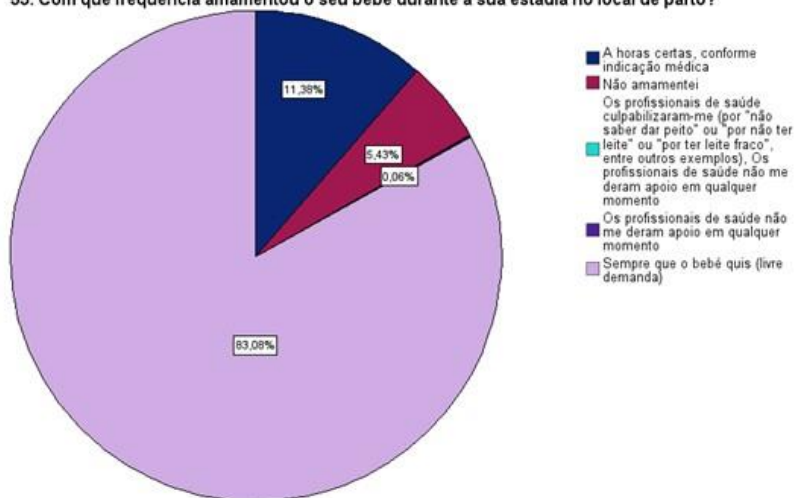
50. Enquanto foi assistida, algumas indicações dos profissionais de saúde implicaram contacto físico que tenha considerado desrespeitoso (por exemplo: bofetadas, empurrões, toques maldosos com instrumentos obstétricos, etc.)



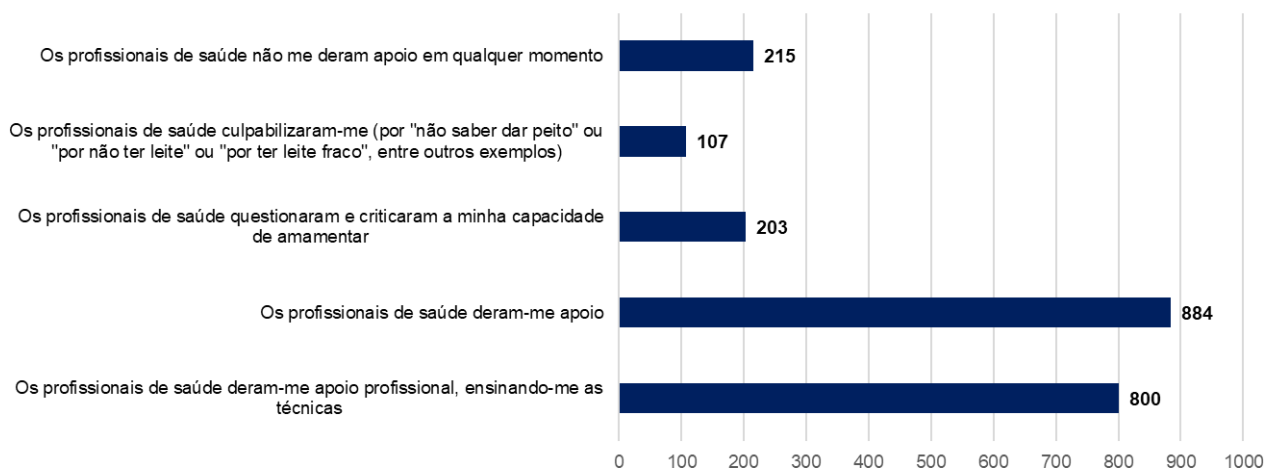
51. O seu bebé fez pele com pele consigo, logo após o nascimento?



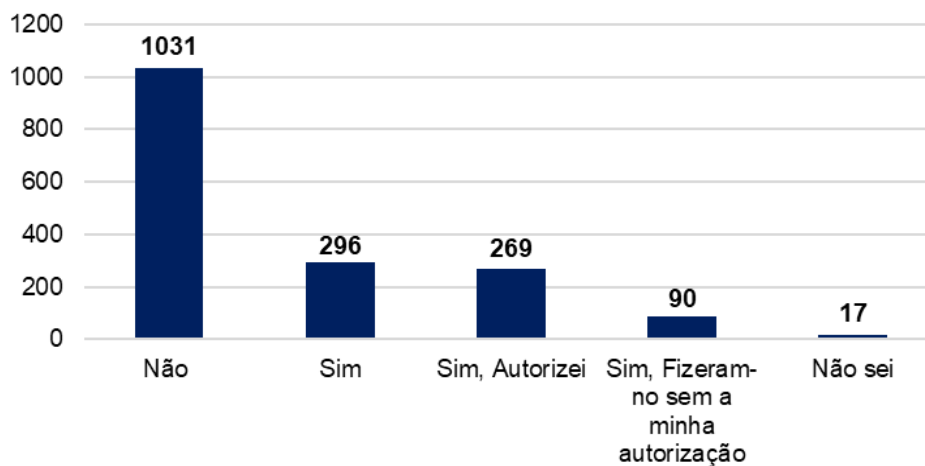
53. Com que frequência amamentou o seu bebê durante a sua estadia no local de parto?



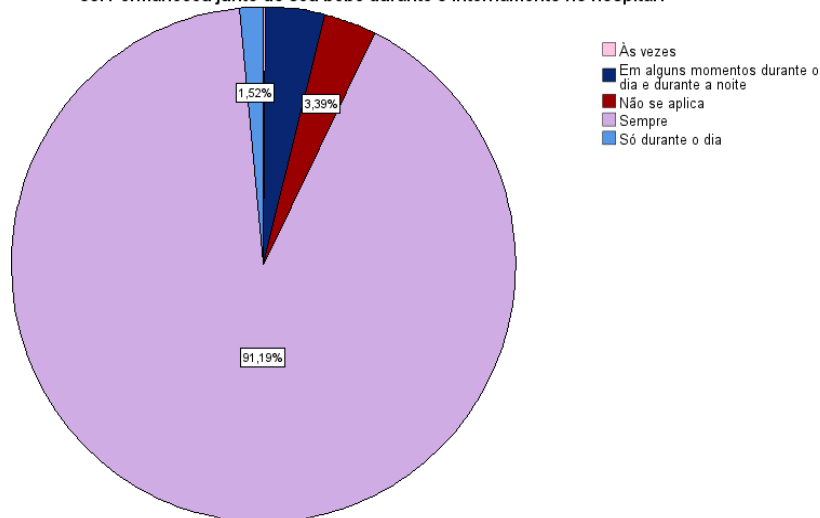
54. Quando amamentou o seu bebê, qual das seguintes situações viveu com os profissionais de saúde?



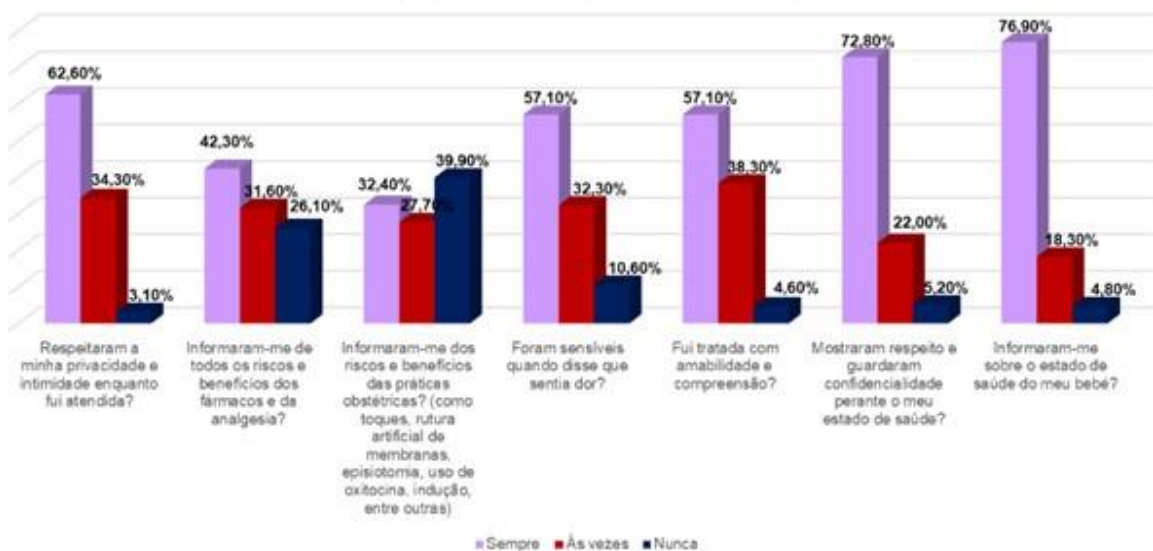
55. Durante o tempo que o bebê esteve hospitalizado, recebeu outro tipo de alimentação senão leite materno?



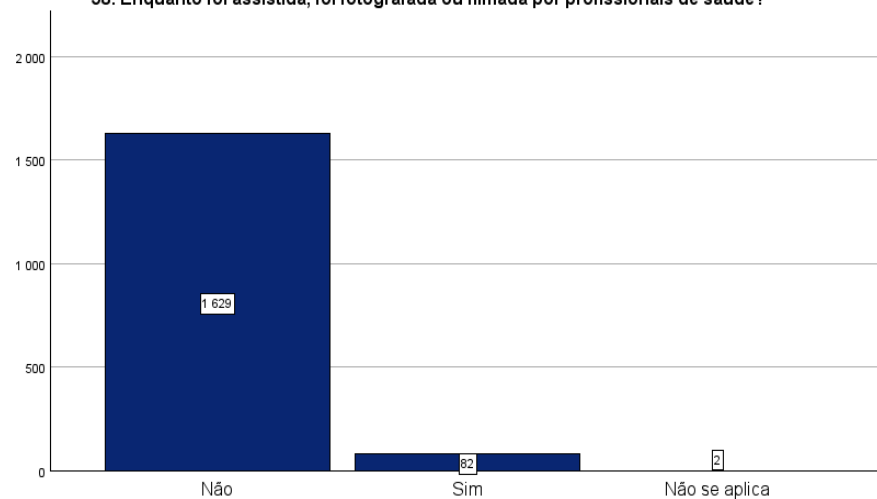
56. Permaneceu junto do seu bebê durante o internamento no hospital?



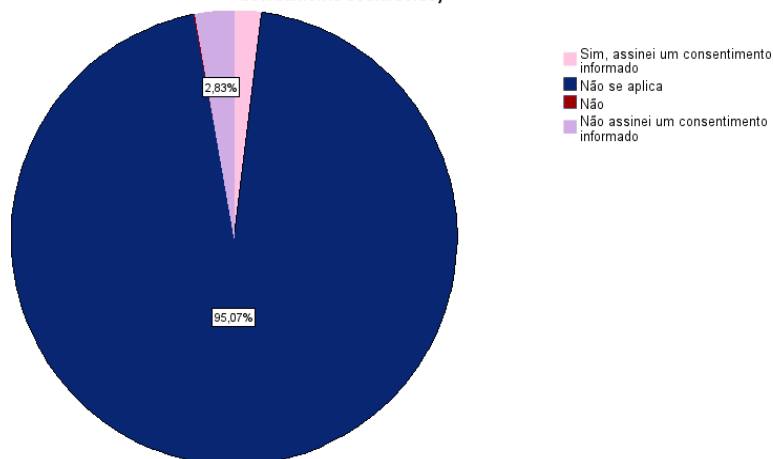
57. Segundo a percepção que tem acerca dos profissionais de saúde que a atenderam....



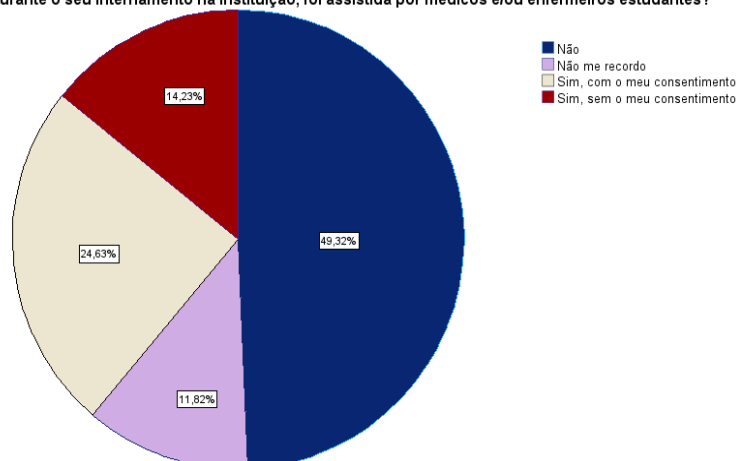
58. Enquanto foi assistida, foi fotografada ou filmada por profissionais de saúde?



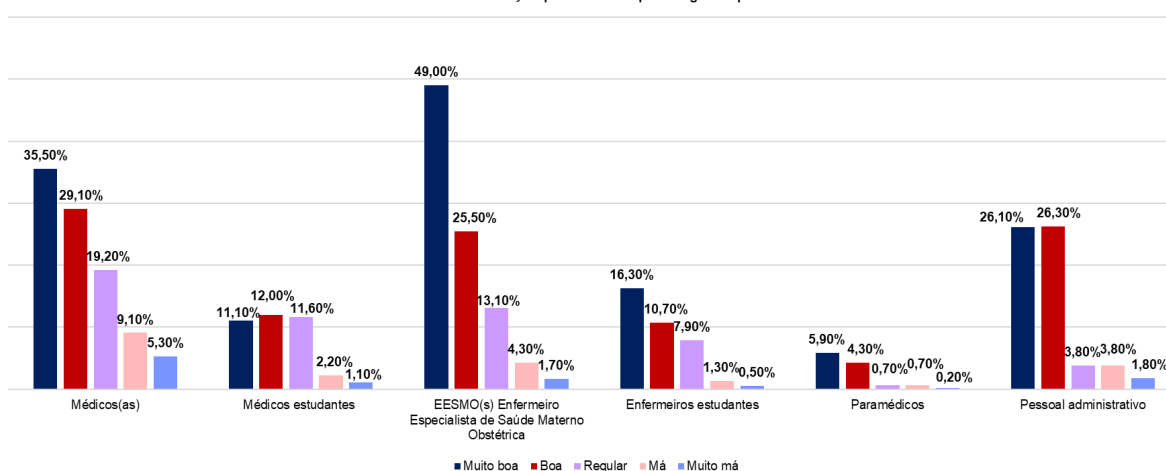
59. Caso tenha sido fotografada ou filmada, assinou algum consentimento informado?
(O consentimento informado é um documento onde deve assinar para autorizar uma prática ou situação, devidamente esclarecido)



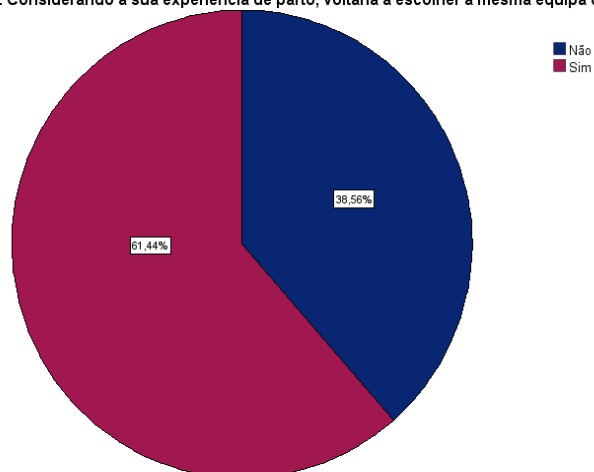
60. Durante o seu internamento na instituição, foi assistida por médicos e/ou enfermeiros estudantes?



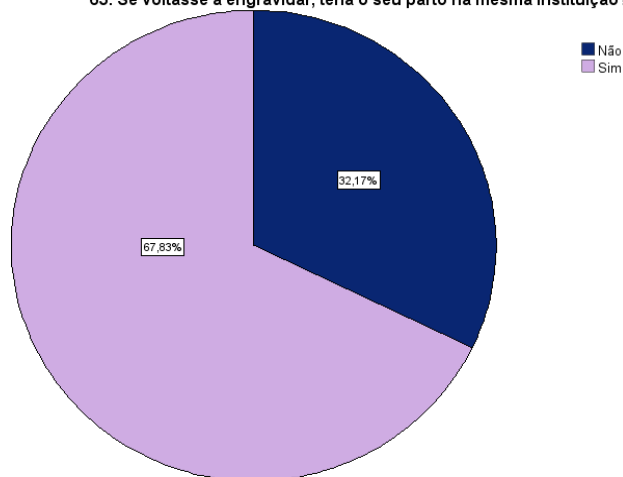
61. Como avaliaria a atenção que lhe foi dada pelos seguintes profissionais?



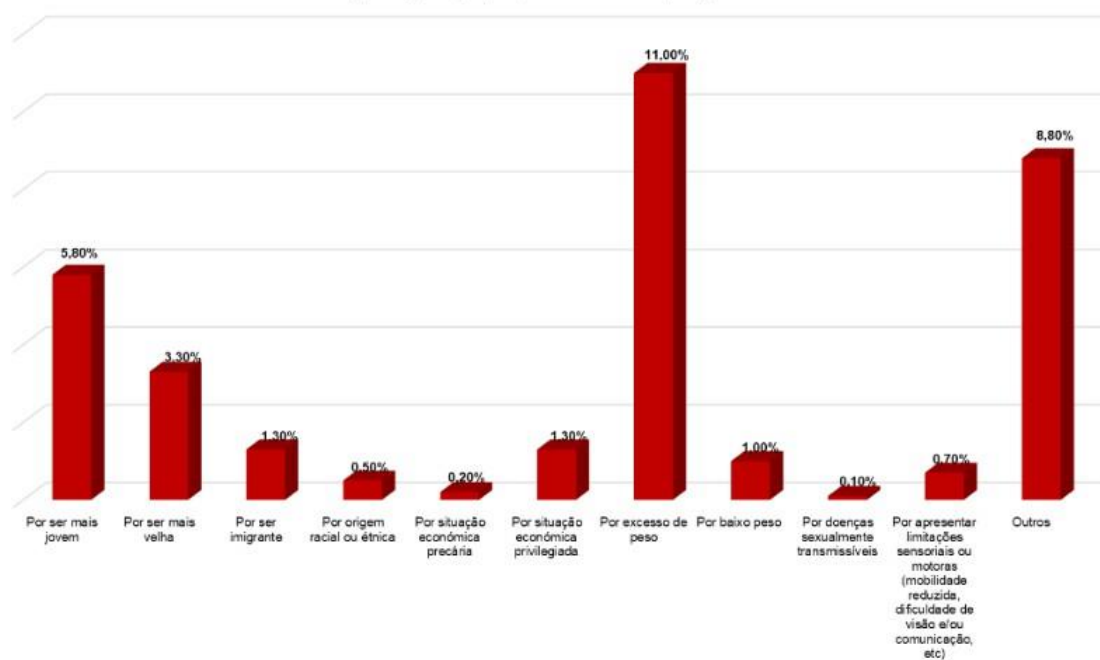
62. Considerando a sua experiência de parto, voltaria a escolher a mesma equipa que a assistiu?



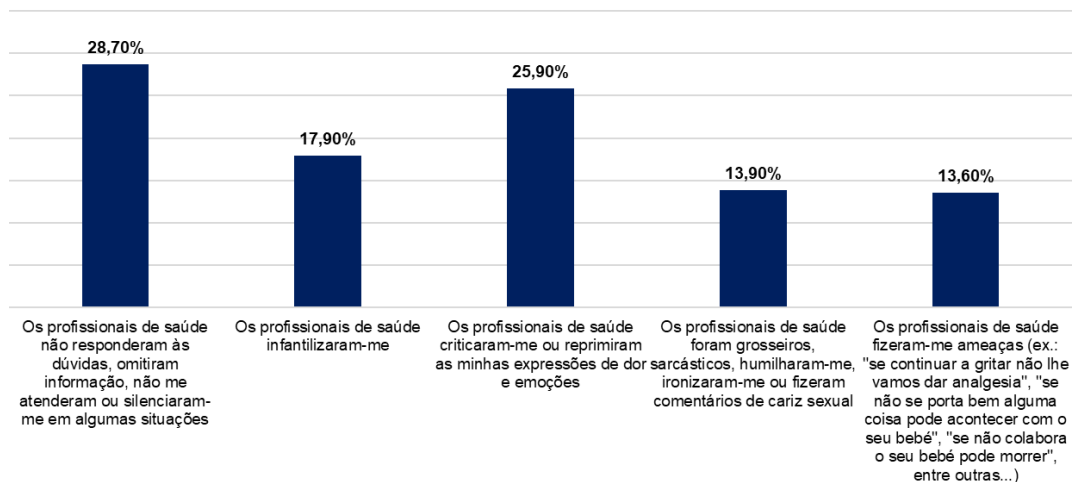
63. Se voltasse a engravidar, teria o seu parto na mesma instituição?



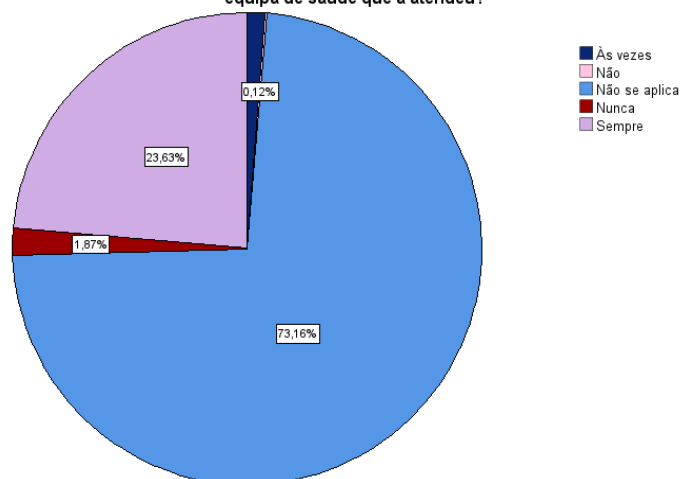
64. Durante a gravidez, parto e pós-parto, sentiu-se discriminada por alguma das razões abaixo?



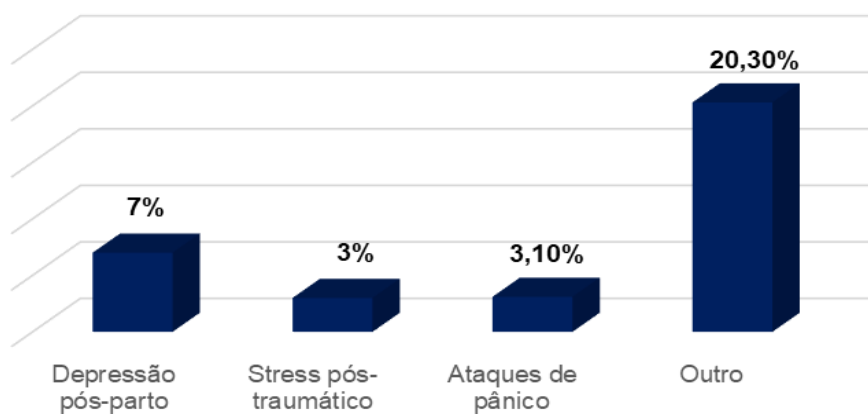
65. Reconhece alguma das seguintes experiências durante o seu internamento na instituição com a equipa? (médicos, EESMO (Enfermeiro Especialista de Saúde Materno e Obstétrica), outros enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, auxiliar de limpeza hospital)



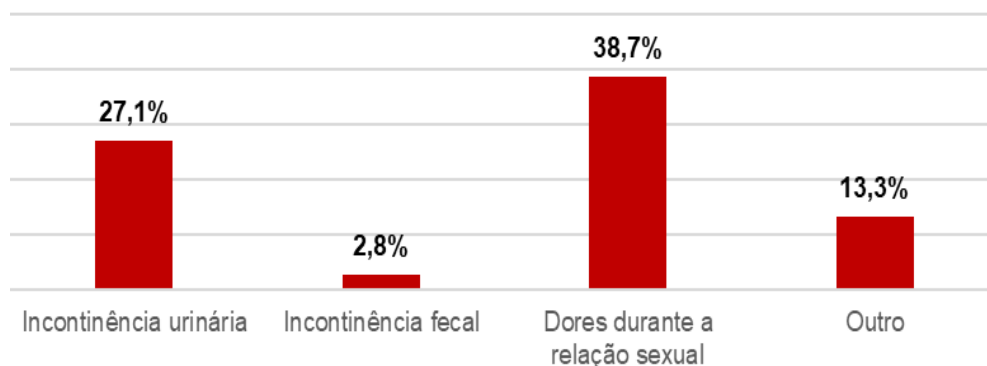
66. Antes e durante o nascimento do seu bebé, as suas práticas culturais ou religiosas foram respeitadas pela equipa de saúde que a atendeu?



67. Durante o período de pós-parto o seu médico ou outros profissionais de saúde, diagnosticaram alguma das seguintes situações?



68. Após o nascimento do seu bebê, resultante do parto ou da cesariana, apresentou alguns dos seguintes problemas físicos?



69. Após a sua experiência de parto...

