



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Departamento de Sociologia

O Papel da Comunicação como Fator de Qualidade na Relação Paciente – Profissional de Saúde: as Perceções das Parturientes do Hospital Nacional Simão Mendes na Guiné-Bissau quanto ao seguimento do Parto e Pós-parto.

Juelma Pais Quaresma Nazareth

Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologia da Informação

Orientadoras:

Doutora Susana Santos, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Dulce Morgado Neves, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2024

Departamento de Sociologia

O papel da comunicação como fator de qualidade na relação paciente – profissional de saúde: as perceções das parturientes do Hospital Nacional Simão Mendes na Guiné-Bissau quanto ao seguimento do parto e pós-parto.

Juelma Pais Quaresma Nazareth

Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologia da Informação

Orientadoras:

Doutora Susana Santos, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Dulce Morgado Neves, Professora Auxiliar Convidada,

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2024

Dedicatória

*Esta investigação é o fruto da participação genuína de mulheres que, generosamente, aceitaram partilhar as suas experiências e emoções, contribuindo para a compreensão de um tema tão importante e delicado. Portanto, todo o trabalho é-lhes **DEDICADO!** Sem elas, o trabalho não teria dado à luz, e teria sido impossível compreender a profundidade e o impacto das relações na prática médica quanto ao seguimento do parto e puerpério. Esta dedicatória é igualmente extensível a todas as mulheres que, em momentos de vulnerabilidade, sofrem maus-tratos, desprezo e desrespeito num momento tão importante para elas e para os seus familiares. Um momento em que elas colocam uma vida no mundo. Este momento, para além de ser o mais feliz para elas, deveria ser também um momento de felicidade para os profissionais de saúde, tendo, positivamente, contribuído para essa felicidade.*

Espero que o futuro da saúde materna seja marcado por dignidade e compaixão, onde cada mulher seja tratada com o devido respeito, cuidado e toda a atenção que merece!

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero endereçar um agradecimento muito especial às minhas duas orientadoras, Doutora Susana Santos e Doutora Dulce Morgado Neves, pelo apoio constante, pelas orientações valiosas, pela paciência e, sobretudo, por nunca desistirem de mim ao longo deste longo processo que levou quatro anos. As experiências e conhecimentos em áreas diferentes foram fundamentais para o desenvolvimento e enriquecimento deste trabalho. Os sábios conselhos que ambas deram, auxiliaram o meu comboio a chegar à boa estação.

À *minha família*, vocês são preciosíssimos, é tudo o que vos posso dizer, porque não tenho palavras que valha o amor que tenho por vós.

Um agradecimento muito especial às *entrevistadas que, sem me conhecer, aceitaram tirar do seu tempo para partilhar comigo as suas dores, os seus traumas, medos, sequelas e mais alguma coisa para a riqueza desta investigação*. Sem as suas vozes, este trabalho não teria sido possível.

A todas as pessoas da Direção-Geral do Hospital Nacional Simão Mendes que, simpaticamente, acolheram-me, e ao Diretor da maternidade de forma específica, por proporcionar-me uma visita guiada a maternidade, por acreditar que este trabalho possa trazer melhorias e proporcionar experiências mais positivas. Às testemunhas privilegiadas, o meu muito obrigada.

Não posso deixar de agradecer as pessoas que, genuinamente, Deus fez com que os nossos caminhos se cruzassem e que levo no coração: Sónia Silva, uma referência, admiro-te muito, uma profissional de categoria; Sónia Pintassilgo, faltam-me palavras para expressar-te toda a minha gratidão, não só pela amizade e carinho, mas pelos conselhos preciosos e apoio emocional que foram determinantes; ao Miguel de Barros pelos momentos inspiradores proporcionados; à minha *parenti* Ana Lúcia Sá pela amizade, carinho e atenção; à Cadija Mané amiga do meu Mercy; à melhor comadre do mundo, Djoise Sousa Baldé Correia; à Samia Zaidam, ao Dautarin Monteiro da Costa e à minha Lucy Evelyn Monteiro. Vocês são fenomenais, obrigada por me aturarem, acompanhado ao longo deste período.

Ao meu *Chou...* deixo aqui um agradecimento timbrado, a ferro quente, de muito carinho e afeto. A tua força e paciência nos momentos de incertezas auxiliaram-me a não desistir, mesmo quando tudo parecia perdido pelos 'titânicos obstáculos' enfrentados. Estiveste a empurrar-me para tornar a conclusão da dissertação possível. Obrigada pelo companheirismo e cumplicidade.

Por fim, aos doze anos de companheirismo e cumplicidade com os *meus dois seres vivos, Mercy Le Chien e Jeune Fille (Koisinha)*, que me acompanharam ao longo deste trabalho, a quem Deus convocou muito cedo, pouco antes de ter acabado o trabalho, talvez porque a sua missão, comigo, terminou. Não sei..., mas teria sido simpático poder abraçá-los e celebrar o momento com eles também!

A todos, o meu mais profundo agradecimento. Este trabalho é fruto do vosso contributo e apoio incondicional.

Resumo

O parto é um momento não só marcante, mas também transformador na vida da mulher, uma experiência caracterizada por profundas mudanças: físicas, emocionais e pessoais. Para que esse momento seja uma experiência positiva, o período passado na maternidade, bem como a comunicação entre parturiente, instituição e profissionais envolvidos, deve correr em harmonia e respeito, o que nem sempre ocorre na realidade da Guiné-Bissau. Nesse cenário, esta dissertação apresenta um estudo exploratório sobre as percepções das parturientes relativamente à comunicação entre profissional de saúde e paciente face ao contexto do atendimento no parto e no pós-parto na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes. A investigação, de abordagem qualitativa, explora como a comunicação eficaz, com a transmissão de informações de forma clara, acessível e respeitosa, influencia a experiência e a satisfação das parturientes no processo do parto. Com base em entrevistas abertas e observação direta nos espaços internos e externos da maternidade, a análise concluiu que as puérperas estão sujeitas a uma comunicação inadequada, marcada pela violência física e verbal, além de uma falta de clareza nas informações fornecidas e um apoio emocional por parte das enfermeiras e parteiras. Esta abordagem profissional contribuiu para aumentar o sentimento de insegurança, frustração, desamparo, abandono e trauma. Os resultados indicam que uma comunicação de qualidade é fundamental para melhorar o atendimento e assegurar a satisfação das parturientes. Por fim, recomenda-se uma formação contínua dos profissionais de saúde e o reforço do protocolo de comunicação na maternidade nas diferentes fases do processo de nascimento, visando um atendimento mais empático e centrado nas gestantes.

Palavras-chave: Comunicação em saúde, Parturiente, Profissional de saúde, Nascimento, Guiné-Bissau

Abstract

Childbirth is not only a defining moment in a woman's life, but also a transformative experience, marked by profound physical, emotional and personal changes. For this moment to be a positive experience, the time spent in the maternity ward and the communication between the woman giving birth, the institution and the professionals involved must be harmonious and respectful, which is not always the case in Guinea-Bissau. With this in mind, this thesis presents an exploratory study of parturients' perceptions of communication between health professionals and patients in the context of labour and postpartum care in the maternity ward of Simão Mendes National Hospital. The qualitative research explores how effective communication, with the transmission of information in a clear, accessible and respectful manner, influences parturients' experience and satisfaction in the labour process. Based on open-ended interviews and observation inside the maternity as well as the spaces open to the public, the analysis concludes that postnatal women are subjected to inadequate communication characterized by physical and verbal violence, as well as a lack of clarity in the information provided and emotional support from nurses and midwives. This professional approach contributed to increased feelings of insecurity, frustration, helplessness, abandonment and trauma. Findings suggest that quality communication is fundamental to improving care and ensuring parturient satisfaction. Finally, we recommend continuous training for health professionals and strengthening the communication protocol in the maternity ward at the different stages of the birth process, with the aim of providing more empathetic and pregnancy-centered care.

Keywords: Health communication, Parturient, Health professionals, Birth, Guinea-Bissau

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>i</i>
<i>Resumo</i>	<i>iii</i>
<i>Abstract</i>	<i>v</i>
<i>Índice</i>	<i>vii</i>
<i>Índice de Quadros</i>	<i>ix</i>
<i>Lista de Acrónimos</i>	<i>xi</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>1</i>
<i>CAPÍTULO 1. Revisão da Literatura</i>	<i>5</i>
1.1. O papel da comunicação nos cuidados de saúde: apoio na relação entre profissional de saúde e paciente.....	5
1.1.2 As dificuldades a uma comunicação eficiente em saúde	8
1.1.3 As repercussões das dificuldades de comunicação entre profissional de saúde e paciente	8
1.1.4 A comunicação enquanto ferramenta que promove a humanização das relações médico-paciente	9
1.2 A importância dos cuidados de saúde	10
1.2.1 A importância dos cuidados no parto e pós-parto.....	12
1.2.2 O plano de parto e pós-parto	13
1.2.3 A importância da comunicação eficiente aquando da chegada da parturiente à maternidade	14
<i>CAPÍTULO 2. Contextualização: o contexto do Sistema Nacional de Saúde e a saúde materno infantil na Guiné-Bissau</i>	<i>16</i>
2.1. Apresentação geral do país e do seu quadro sanitário	16
2.2. Sistema Nacional de Saúde, as unidades sanitárias e a saúde materno-infantil.....	17
<i>CAPÍTULO 3. Metodologia</i>	<i>20</i>
3.1. Procedimentos de recolha de dados.....	22
3.1.1. Pesquisa documental	22
3.1.2. Observação direta nos espaços internos e externos da maternidade	22
3.1.3. Entrevistas abertas	22
3.2. Tratamento dos dados, análise de conteúdo e criação de categorias	24
3.2.1. Categorias de análise	25
<i>CAPÍTULO 4. Apresentação e discussão dos resultados</i>	<i>27</i>
4.1. O Hospital Nacional Simão Mendes e o seu papel na promoção da saúde materna e infantil	27
4.2. Comunicação institucional - parturiente-profissional de saúde	31

4.2.2.	O consentimento informado e autonomia	34
4.2.3.	Atendimento e qualidade dos cuidados	35
4.2.4.	Apoio emocional e empatia.....	37
4.2.5.	Desumanização e violência nos cuidados	38
4.2.6.	Comunicação e orientação nos cuidados pós-parto	40
<i>CAPÍTULO 5. Conclusão e Recomendações</i>		<i>42</i>
<i>Referências Bibliográficas.....</i>		<i>47</i>
<i>ANEXOS</i>		<i>52</i>
ANEXO A – Figuras 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4.....		52
ANEXO B – Caracterização da amostra		54
ANEXO C – Carta ao INASA		55
ANEXO D - Carta à Direção Geral do HNSM.....		56
ANEXO E – Autorização para a observação direta nos espaços internos e externos da maternidade		57
ANEXO F – Fotografias		58

Índice de Quadros

Quadro 3.1 - Temas de análise	26
Quadro 4.1 - Suportes de comunicação institucional	29

Lista de Acrónimos

ASC	Agentes de Saúde Comunitária
APDMGP	Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
AU	African Union
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMVF	Instituto Marquês de Valle Flôr
INASA	Instituto Nacional de Saúde Pública
MICS	Multiple Indicator Cluster Surveys
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde
PIMI	Programa Integrado para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil
PNDSIII	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSNSC	Plan Stratégique National de Santé Communautaire
SAB	Setor Autónomo de Bissau
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SRMNIA	Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil
UE	União Europeia
UEMOA	União Económica e Monetária Oeste Africana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

INTRODUÇÃO

“A gravidez não é nenhuma doença, mas sim um estado. Quando a pessoa espera pelo dia, aguarda-o com muita expectativa e muita alegria, mas às vezes as coisas acabam por não correr bem.” E3

A comunicação entre o profissional de saúde e a parturiente é um fator fundamental para garantir um atendimento de qualidade durante o parto e o pós-parto. O momento é marcado por grande vulnerabilidade física e emocional, exigindo que as parturientes se sintam informadas, seguras e respeitadas em todas as fases do processo. Como sublinha Centa et al. (2002, p. 2), “um dos fatores que interferem nesta assistência é a comunicação e interação onde o processo comunicacional desenvolvido, entre [parturiente,] puérpera, família e o profissional, de saúde exige flexibilidade, eficiência, propriedade e resposta”, sendo que “o nascimento é um fenómeno complexo, que integra dimensões de ordem social, cultural, política e económica, fazendo das abordagens transdisciplinares particularmente adequadas à compreensão dos programas de saúde materna e à melhoria dos cuidados prestados” (Neves & Santos, 2018, p. 125). Por conseguinte, a qualidade da interação estabelecida entre a equipa médica e a mulher está diretamente ligada à clareza, eficácia, procurando respeitar os desejos e as necessidades das mulheres através da promoção de uma comunicação mais eficaz, influenciando não só a sua confiança e o seu bem-estar, mas também atendendo às suas expectativas.

Em 1995, Michael Balint realçou a importância da relação médico-paciente ao defender que “de longe, a droga [medicamento] mais utilizada na prática geral era o próprio médico¹” (p. 683). O autor acredita que a qualidade da interação entre paciente e o médico representa um fator importante para o sucesso do tratamento. Portanto, a atitude, a empatia e a comunicação do médico têm um impacto considerável na experiência do paciente. Nesse sentido, para Bensing (1991), os processos de comunicação em saúde têm uma importância capital nessa relação.

Teixeira (1996) aponta que a comunicação em saúde envolve o uso de estratégias para informar e influenciar indivíduos e comunidades visando promover a saúde e apoiar na tomada

¹ Tradução livre. Texto original – “by far the most frequently used drug in general practice was the doctor himself.”

de decisões relacionadas ao seu bem-estar. Ainda na ótica de Teixeira, esta definição é bastante ampla, mas permite englobar todas as áreas nas quais a comunicação é relevante em saúde. Portanto, não se trata unicamente de promover a saúde enquanto tal, embora esta seja a área estrategicamente mais importante (Teixeira 1996). Assim, a comunicação em saúde tem relevância em contextos específicos como na relação entre profissional de saúde e pacientes, na disponibilização e uso da informação sobre a saúde, na construção de mensagens sobre a saúde no âmbito de atividades de educação para a saúde e de programas que promovam comportamentos saudáveis.

Embora seja reconhecida a importância da comunicação em saúde em diversos estudos e como esta, afeta a experiência das mulheres no ambiente obstétrico (Madula et al., 2018; Mgawadere & Shuaibu, 2021) existe uma lacuna significativa no que ao conhecimento sobre este tema diz respeito quanto ao contexto da Guiné-Bissau. Até ao momento, nas revisões bibliográficas realizadas, não foram encontradas investigações nacionais que explorem, de forma mais detalhada e sistemática, como a comunicação entre profissionais de saúde e parturientes impacta a qualidade do atendimento nos hospitais do país, quer do ponto de vista médico, quer do ponto de vista das parturientes. Esta ausência de estudos científicos sobre esta matéria e os relatos ouvidos sempre na terceira pessoa levaram à curiosidade em explorar o tema, fazendo, numa primeira fase, um diagnóstico que possa abrir caminhos para investigações mais alargadas. Por conseguinte, esta investigação acontece precisamente nesse contexto de curiosidade científica naquilo que são as relações humanas, e, ao mesmo tempo, em compreender como estas podem ajudar a construir uma interação adaptada na relação paciente–profissional de saúde. Esta relação coloca em evidência o papel da comunicação como fator principal de qualidade na relação entre paciente–profissional de saúde. Compreende-se então que é do campo da comunicação em saúde e cuidados de saúde materna que emerge este estudo.

Para contextualizar o estudo, é importante realçar que esta investigação se insere num cenário marcado pela fragilidade do serviço da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), partindo de uma problemática que aponta para a influência da comunicação enquanto fator de qualidade nas relações paciente e profissional de saúde aquando do parto e pós-parto.

Considerando a problemática identificada, sentiu-se a necessidade de aprofundar a compreensão sobre este tema através de um trabalho exploratório. Assim, a presente investigação propõe-se responder à seguinte questão de investigação: **Qual é o impacto dos processos da comunicação entre os profissionais do HNSM e as parturientes tanto no momento do parto, quanto no pós-parto?**

A dissertação tem como objetivo geral explorar a percepção das parturientes relativamente à comunicação entre profissional de saúde e paciente face ao contexto do atendimento no parto e no pós-parto no HNSM. E como objetivos específicos definiram-se quatro, a saber : identificar as práticas de assistência aquando do parto do ponto de vista das parturientes; analisar o processo de comunicação no atendimento, durante e após o parto; aferir a capacidade de compreensão das mensagens transmitidas pelos profissionais de saúde durante o parto e pós-parto para medir a sua capacidade de compreensão que lhe permita autonomia na tomada de decisão; analisar a adequabilidade de formação dos profissionais de saúde como fator que influencia o estabelecimento de relações e por fim destacar o papel da comunicação na melhoria da relação paciente - profissional de saúde.

Tendo em conta o contexto apresentado, este estudo, de abordagem qualitativa está organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo apresenta o estado da arte sobre o papel da comunicação nos cuidados de saúde, com foco na sua importância na relação entre paciente e profissional de saúde. Pretende-se explorar teorias e estudos que demonstram como a comunicação eficaz contribui para um atendimento mais humanizado, promove a confiança e ajuda a melhorar os resultados clínicos. São também explorados conceitos como a empatia, a autonomia, o consentimento informado, a comunicação clara, que se revelam fundamentais na construção de uma relação terapêutica respeitosa.

O segundo capítulo apresenta o Sistema de Saúde da Guiné-Bissau de forma geral e a saúde materno-infantil de forma específica.

A metodologia é apresentada no capítulo terceiro, onde descrevemos os procedimentos de recolha de dados através das entrevistas abertas, observação direta nos espaços internos e externos da maternidade e a análise de conteúdo temático para identificar temas na comunicação entre parturientes e profissionais de saúde que garantam a validade dos resultados.

O capítulo quarto apresenta e discute os resultados obtidos da observação direta nos espaços internos e externos da maternidade e da análise temática dos relatos através das entrevistas abertas das mulheres participantes sobre as suas percepções e experiências quanto à qualidade da comunicação na interação com o médico, parteiras e enfermeiras aquando do seguimento do parto e pós-parto. Os dados são organizados por temas principais e interpretados à luz do quadro teórico, com destaque no impacto da comunicação na qualidade dos cuidados prestados na maternidade do HNSM.

Por último, apresentamos as conclusões do estudo bem como a formulação de recomendações com intuito de melhorar a qualidade do atendimento no seguimento do parto e pós-parto que são fundamentais na construção de uma relação respeitosa e digna.

CAPÍTULO 1. Revisão da Literatura

1.1. O papel da comunicação nos cuidados de saúde: apoio na relação entre profissional de saúde e paciente

A comunicação abrange uma rede complexa de interações verbais e não verbais que desempenham papéis importantes na transmissão e recepção de mensagens em dois sentidos e de forma recíproca. Na definição de Stefanelli (1981, p. 240), o conceito de comunicação “abrange duas ou mais pessoas em interação e um intercâmbio de mensagens, em determinado contexto”. Do mesmo modo, Caron e Silva (2002, p. 486) definem a comunicação como “um processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais, verbais ou não verbais”. Essa transmissão envolve, portanto, um emissor e um recetor. Para que o processo de comunicação se torne “[efetivo], é necessário que o recetor compreenda a mensagem e dê uma resposta”, afirma Stefanelli (1981, p. 240).

No contexto da saúde, objeto do nosso estudo, Teixeira (2004, p. 615) define a comunicação como “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promover a sua saúde”.

Da mesma forma, Pimentel et al. (2014, p. 704) abordam a comunicação em saúde como ferramenta para:

possibilitar acessibilidade e acesso por meio de acolhimento e construção de autonomia, promovendo comprometimento com diálogo, entendimento do direito, empoderamento e humanização das relações. É possibilitar integração, integralidade, inclusão, participação, reflexão, resolubilidade, respeito e solidariedade. É processo primordial, desafio de transparência, linguagem e transformação de construção de vínculo e dever de cidadania.

Portanto, a comunicação transcende o simples intercâmbio de informações e transmissões de mensagens entre profissionais de saúde, pacientes e outros intervenientes no sistema de cuidados de saúde, ela é fundamental na construção de relação de confiança e no estímulo de compreensão coletiva para promover a saúde.

Na sua teoria da ação comunicativa, Habermas (2012) destaca a interação entre indivíduos, onde o foco é a busca pelo entendimento mútuo e consenso. Por outro lado, assinala também a importância da relação mediada pela linguagem para a compreensão da sociedade e da argumentação racional nesse processo, visando superar distorções e alcançar uma comunicação autêntica, livre de coerção. Por conseguinte, coloca a comunicação como um meio principal para a formação de uma sociedade justa.

Se para Habermas (2012) a importância da comunicação reside na partilha da informação, a compreensão da informação disponível e a promoção de valores comuns, Bensing (1991) explora como a eficácia da comunicação pode influenciar o entendimento mútuo, a satisfação do paciente e, conseqüentemente, a qualidade geral do atendimento médico. Na sua obra, enfatiza a necessidade de uma comunicação clara, empática e centrada no paciente para melhorar os resultados clínicos, bem como a sua experiência.

1.1.1. Relação médico-paciente: o papel da comunicação verbal e não verbal

Ao considerarmos a comunicação (verbal ou não verbal) como instrumento para compreensão destacada por Habermas (2012), e a linguagem [como] um facto social, como bem salienta Mikail Bakhtin (2014), compreende-se desde logo que a linguagem é um fator determinante no cenário da relação interpessoal, por ser através dela que se estabelece o contacto e se cria uma relação. Segundo Lopes (2018, p. 6), a descrição da relação médico-[paciente] é “atribuída a Hipócrates¹”, por este ter estabelecido os comportamentos, vestuário e atitudes próprios ao médico. O mesmo autor destaca que a atitude do médico deve se distinguir da restante população, pois, deve ser “moderado, sóbrio, cuidadoso, delicado, não arrogante nem hesitante, humilde e muito sério”.

Na mesma lógica, Lopes (2018, p. 7) convoca a ‘revolucionária’ teoria de Sir William Osler sobre a relação médico-paciente que transforma a “forma como os médicos desenvolviam a sua relação com os [pacientes], estabelecendo a figura do médico como cavalheiro nobre, altivo e respeitador”, o médico “deve desempenhar um papel de defesa dos interesses dos doentes, num respeito pelo princípio da beneficência”.

Contrariamente à teoria de Sir William Osler, apontada por Lopes (2018), na década de 1950, o sociólogo norte-americano Talcott Parsons (1951) desenvolveu a teoria do papel entre médico e paciente, destacando a importância da relação entre ambos na prática médica. Na sua teoria, Parsons enfatiza a autoridade do médico como especialista, e o papel do paciente como alguém que procura ajuda. Na perspectiva de Parsons essa dinâmica estabelecida, marcada pela distância emocional, é crucial para o diagnóstico e tratamentos eficazes assente no médico a

exercer controle, e o paciente que o aceita, por este ser profissional de saúde com autoridade. Em contexto africano, a teoria de Parsons é sentida, pois o cenário da autoridade médica é bastante acentuada, como explicam Jewkes et al. (1998) na sua obra *Why do nurses abuse patients*. Embora exista pouca literatura que aborda a questão em vários países africanos, o estudo realizado por Jewkes et al. (1998), nos serviços da obstetrícia da África do Sul, revela que a autoridade médica é exercida para marcar o distanciamento social e manter a fantasia da identidade e do poder. Os autores explicam ainda que a forma abusiva como as enfermeiras tratam as pacientes é, em alguns contextos, influenciada por fatores estruturais e culturais, tais como condições de trabalho difíceis, normas culturais que sustentam o abuso de poder para disciplinar as mulheres especialmente no trabalho de parto, bem como a falta de supervisão e de responsabilização sustentando, assim a impunidade e os abusos.

Contrariamente a Parsons, a abordagem de Thomas Szasz e Marc Hollender (1956), também mencionado por Lopes (2018), está centrada na importância da autonomia do paciente na tomada de decisão, bem como o estabelecimento de limites claros e expectativas recíprocas na relação terapêutica para promover a parceria e a responsabilidade partilhada. Lopes (2018) afirma que os dois autores estabeleceram uma classificação no que o modelo de comunicação entre o médico e o paciente diz respeito, que abordaremos mais adiante.

Como vimos, na prática médica, a comunicação tem um lugar de destaque, e engloba tanto a comunicação verbal, quanto a não verbal. Relativamente à comunicação verbal na área específica da obstetrícia, afirmam Beserra et al. (2019, p. 2) que:

de acordo com a teoria das funções das linguagens, acontece com o uso de seis elementos: remetente, destinatário, contexto, mensagem, código e contato em todos os contextos da assistência. Especificamente no trabalho de parto, a comunicação enfermeiro-parturiente e parturiente-enfermeiro contribui na qualificação da assistência obstétrica em cenário institucional.

Nesse sentido, a explicação clara de informações médicas, procedimentos e opções de tratamento através do uso de uma linguagem acessível e empática é fundamental para garantir que a gestante compreenda plenamente os aspetos ligados à sua saúde e à saúde do feto (Stewart et al., 2003).

Por outro lado, a comunicação não verbal assume uma importância ainda maior neste contexto. Como sugerido por Bezerra et al. (2019), no estudo realizado no Brasil e em Cabo-Verde, gestos de apoio, expressões tranquilizadoras, uma postura empática e um atendimento

atencioso contribuem para construir um ambiente de confiança, o que permite reduzir a ansiedade associada ao momento, visto ser uma altura de muitas dúvidas, medos e incertezas.

1.1.2 As dificuldades a uma comunicação eficiente em saúde

A comunicação eficiente em saúde é um elemento crucial no que diz respeito à prestação de cuidados de qualidade e para o engajamento eficaz entre profissionais de saúde e pacientes. Contudo, diversas barreiras podem interferir nesse processo, como destacado por Teixeira (2004, p. 617), ao sinalizar que uma parte significativa da insatisfação dos utentes tem que ver com “os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde”, pois a preocupação dos utentes não corresponde necessariamente a do técnico de saúde, que, por sua vez “não tem uma maior sensibilidade” para com as preocupações do utente. O autor salienta, ainda, que a transmissão de informação, a atitude dos técnicos, a comunicação afetiva, bem como a literacia em saúde são fatores que constituem problemas de comunicação na relação entre médico e paciente.

Contudo, outros estudos destacam a complexidade do desafio comunicacional, enfatizando as barreiras linguísticas, diferenças culturais, clareza na explicação de termos médicos, e no domínio do conhecimento. Segundo Nutbeam (1998), a literacia em saúde desempenha um papel fundamental na promoção de uma comunicação mais efetiva. Portanto, a ausência ou a fraca literacia em saúde pode levar a interpretações equivocadas de instruções médicas, o que pode prejudicar a tomada de decisões informadas por parte dos pacientes.

Além disso, Berry (2007) destaca a importância de considerar as diferenças culturais na comunicação em saúde. A falta de sensibilidade cultural e estigmas socioeconómicos podem resultar em estereótipos prejudiciais, afetando a confiança do paciente, e, consequentemente, prejudicar uma comunicação eficiente e mais aberta.

Partindo da abordagem dos autores referenciados, ressaltamos que a promoção da comunicação eficiente em saúde requer, portanto, uma abordagem mais holística, considerando não apenas as competências linguísticas, mas também a literacia em saúde. A compreensão dessas dificuldades é fundamental para uma prestação de cuidados mais inclusivos e centrados no paciente para evitar impacto negativo.

1.1.3 As repercussões das dificuldades de comunicação entre profissional de saúde e paciente

As dificuldades na comunicação entre médico e paciente podem impactar significativamente a qualidade dos cuidados de saúde e os resultados do tratamento. Como ressaltado por Stewart et

al. (2017), a eficácia da comunicação médico-paciente está intrinsecamente ligada à confiança mútua, à adesão ao tratamento e à satisfação do paciente.

Quando a comunicação é inadequada, a compreensão das informações médicas pode ser comprometida, resultando em mal-entendidos sobre diagnósticos, prognósticos e planos de tratamento. Portanto, a falta de compreensão pode levar a não adesão do paciente às orientações médicas, afetando negativamente os resultados terapêuticos (Street et al., 2009). Pacientes que não compreendem plenamente as suas condições de saúde podem enfrentar dificuldades em tomar decisões informadas sobre o seu cuidado, o que pode levar a escolhas não adaptadas à sua condição de saúde e, conseqüentemente, à insatisfação com o tratamento. Além disso, a qualidade do relacionamento médico-paciente desempenha um papel crucial na saúde emocional dos pacientes. A falta de empatia e da comunicação efetiva podem contribuir para a ansiedade, medo e desconforto emocional, prejudicando ainda mais a experiência do paciente (Suchman et al., 1997).

Assim, as repercussões das dificuldades de comunicação entre médico e paciente são multifacetadas, e podem afetar não só a eficácia do tratamento, mas também a satisfação do paciente em geral, e a sua saúde emocional, particularmente. Tais desafios, como apontaram os diferentes autores mencionados, destacam a necessidade contínua de desenvolver e aprimorar habilidades de comunicação na prática médica, promovendo relações mais saudáveis que derivem em resultados de saúde mais positivos.

1.1.4 A comunicação enquanto ferramenta que promove a humanização das relações médico-paciente

Na prática médica, a comunicação emerge como uma ferramenta básica dos cuidados e educação em saúde, portanto, é uma delicada ponte que vai além da mera troca de informações clínicas. Por conseguinte, a comunicação “constitui um conceito integrador, o qual permite redimensionar as relações” (Lopes et al., 2009, p. 69) para fomentar a construção de relação de confiança e no estímulo de compreensão coletiva para promover a saúde (Pimentel et al., 2014), considerando “as representações e as crenças de saúde, as necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas” (Lopes et al., 2009, p. 71) do paciente. Nessa perspectiva, a habilidade do médico em estabelecer um modelo eficaz de comunicação com o paciente revela-se fundamental na disseminação de conhecimento, mas também para desenhar os contornos da humanização mediante uma conexão compassiva que promove a empatia e a confiança. Assim, Caron e Silva (2002, p. 486) explicam que “o diferencial do modelo de

assistência adotado [pelo médico] reside em sua capacidade de comunicação e apoio, o que favorece a interação efetiva”.

A ideia de modelo de assistência comunicacional abordado por Caron e Silva (2002) foi claramente estabelecido por Szasz e Hollender (1956) na discussão do papel do médico e do paciente na relação terapêutica, contrariando a perspectiva de Parsons (1951). Assim, Szasz e Hollender estabeleceram um modelo de comunicação entre o médico e paciente assente em três aspetos:

1. Modelo passivo-ativo — em que o médico é ativo, fazendo diagnóstico e toma decisões, enquanto paciente é passivo, segue as instruções do médico sem participação ativa nas decisões de tratamento;
2. Modelo de orientação/cooperação — que destaca uma relação mais colaborativa entre médico e paciente. O médico assume o papel de conselheiro, interpretando as informações com objetivo de auxiliar o paciente na tomada de decisão;
3. Modelo de participação mútua — em que a relação é mais simétrica, com o médico e o paciente a partilharem informações e tomam decisões em conjunto. A responsabilidade é partilhada, e a relação é mais colaborativa e igualitária.

Esta classificação estabelecida por Szasz e Hollender (1956) ajuda a compreender os diferentes aspetos da interação entre médico e paciente que ultrapassa a transmissão de informações clínicas. Na perspectiva dos autores, compreende-se que essa relação é um elo importante, que envolve aspetos emocionais, psicológicos e sociais.

Embora outros autores como Engel (1977) e Beckman (1984) tenham estabelecido igualmente modelos de comunicação na relação médico-paciente nos quais o paciente está no centro do cuidado para a relação ser mais colaborativa, para este estudo, optamos por considerar o modelo de Szasz e Hollender (1956) por este ‘parecer’ mais adaptado ao complexo contexto da realidade do estudo, onde se aspira a contribuir para proporcionar mudanças significativas.

1.2 A importância dos cuidados de saúde

No contexto da saúde, os cuidados desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar, bem como na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Todavia, parece-nos, antes de mais, importante trazer uma definição do conceito de cuidado e da saúde para entender a

complexidade que estes conceitos trazem consigo e a sua abrangência. De ponto de vista teórico, Cruz (2009, p. 9) afirma que “o conceito de Cuidado no campo da saúde indica um objeto complexo, não linear, sintético, plural, emergente, multifacetado, alvo de diversas miradas e fonte de múltiplos discursos, extravasando os recortes disciplinares de ciência”.

Embora sejam apresentados por Cruz (2009, p. 9) como um conceito “alvo de diversas miradas”, os cuidados de saúde, como mostra a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012), têm de ser sólidos e socialmente aceitáveis, devem ser tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, através da sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar. Esta visão ressalta uma abordagem abrangente e centrada na comunidade, que serve como porta de entrada para o sistema de saúde, definido por Martins e Nogueira (2016, p. 21) como um “conjunto de todas as organizações públicas e privadas, instituições e recursos mandatados para melhorar, manter ou restabelecer a saúde”, cujo objetivo principal é melhorar a saúde e o bem-estar da população, garantindo o acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade.

Em 1946, a OMS apresentava um conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade²” (WHO, 1946, p. 1). Para esta instituição, esta definição engloba o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. Embora o “entendimento da saúde não obedeça ao rigor das definições científicas, dada a multiplicidade de interpretações, tanto legais como profissionais” (Garcia, 2020, p. 5), Laverack (2004) diz que o conceito de saúde vai além da ausência de doenças, abrangendo fatores sociais, económicos e ambientais que acabam por influenciar o bem-estar físico, mental e social pela capacidade das pessoas de se adaptarem, organizarem e moldarem os seus contextos sociais, económicos e ambientais. Esta abordagem destaca o resultado de uma interação dinâmica entre as capacidades individuais e os contextos sociais e culturais nos quais as pessoas vivem na promoção do bem-estar.

Ao considerarmos os contextos sociais e culturais nos quais as pessoas vivem, este estado de “bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1946, p. 1) parece quimérico, pois o relatório sobre a saúde, especificamente da mulher em África, elaborado pela OMS revela que “a Região tem sistemas de saúde fracos e disfuncionais, afetados pela falta de fundos, a crise de recursos humanos e infraestruturas frágeis e inadequadas” (OMS, 2012, p. 4). Logo, o “estado de bem-estar completo” (WHO, 1946, p. 1) não é garantido pela falta de acesso equitativo aos serviços de saúde de qualidade. É, portanto, “importante recordar que a saúde é um direito humano

² Tradução livre - Texto original – *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*

básico e que as mulheres têm os mesmos direitos que os homens” (OMS, 2012, p. 4), e “é deveras importante na redução da pobreza e constitui uma estratégia-chave para a consecução de uma população saudável e produtiva no Continente africano” (AU, 2014, p. 7).

1.2.1 A importância dos cuidados no parto e pós-parto

A saúde materna é um campo multidisciplinar que abrange a saúde física, mental e social das mulheres durante a gestação, parto e pós-parto. É amplamente reconhecido como indicador-chave do desenvolvimento “que pode gerar consideráveis benefícios socioeconómicos em termos de produtividade” de uma sociedade, refletindo não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também questões sociais, económicas e culturais (OMS, 2012, p. v). Embora os progressos significativos efetuados nas últimas décadas, as complicações relacionadas à gravidez e ao parto ainda representam uma importante causa de mortes nas mulheres e adolescentes “sendo a Região responsável, todos os anos, por quase metade dos óbitos maternos de todo o mundo” (OMS, 2012, p. v). Conforme a OMS (WHO, 2017), em 2015 faleceram 303.000 mulheres e adolescentes em todo o mundo, cujas causas estão ligadas à gravidez e ao parto, e em 2020 estima-se que houve 287 000 óbitos maternos (UNICEF, 2023a). No mesmo relatório, a OMS dá conta que “99% dos óbitos maternos acontecem em contextos de fracos recursos e a maioria poderia ter sido evitada”, e, em 2015, “2,6 milhões de crianças são nados-mortos” e esta infelicidade acontece “principalmente em contextos de fracos recursos” (WHO, 2017, p. 1). De forma específica, o relatório da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) dá conta “que uma em cada 1000 grávidas morre³ por razões maternas (0.94/1000) num estabelecimento de saúde” (OOAS, 2021, p. 26) na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), sendo que a Guiné-Bissau apresenta o número mais alto de mortes maternas na região, com 2,62 por 1.000 (OOAS, 2021).

Importa referir que os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU), aos quais a Guiné-Bissau aderiu, abordam a saúde materna como parte dos ODS número 3, nomeadamente, “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Especificamente, o ODS 3.1 visa “Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 por 100.000 nados-vivos” (PNUD⁴ Guiné-Bissau, s.p.).

³ Segundo a OOAS 2021, p. 29, “as cinco causas mais comuns são hemorragia (24.60%), eclâmpsia (17.52%), complicações de aborto (10.41), infeções (8.20) e anemia (1.17%).”

⁴ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - Presente na Guiné-Bissau desde a assinatura do Acordo de Cooperação com o Governo da Guiné-Bissau após a independência, a 29 de Junho de 1975, a visão do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) no país tem sido particularmente no apoio à boa governação e desenvolvimento sustentável, inclusivo e resiliente, assegurando um futuro que ofereça igualdade, dignidade e oportunidade para todos,

O ODS 3 reflete, portanto, a visão da OMS em fazer com que as mulheres e recém-nascidos em todo o mundo recebam “cuidados de qualidade durante a gravidez, o trabalho de parto e o período pós-parto” (WHO, 2017, p. ix). Também se preocupa com que a gravidez seja uma experiência positiva tanto para a mãe, quanto para a criança, que a integridade física e sociocultural seja preservada, e que a maternidade seja igualmente uma experiência positiva, através da garantia do acesso aos serviços de saúde adequados durante o processo da gravidez, parto e pós-parto, cujo objetivo está assente na redução de complicações (WHO, 2017). Para tais experiências serem uma realidade, é fundamental que as estruturas e o funcionamento do sistema de saúde sejam adaptadas. Contudo, atendendo às “insuficiências em quantidade e qualidade de técnicos de saúde, ligado ainda com as questões das infraestruturas de prestação de cuidado de saúde constituem um estrangulamento para o acesso aos serviços de saúde de qualidade” (MINSAP, 2022, p. 7), o que pode comprometer a qualidade do serviço prestado.

1.2.2 O plano de parto e pós-parto

Em muitas regiões de África, o parto é um evento culturalmente significativo, marcado por tradições profundamente enraizadas e desafios de acesso aos cuidados de saúde adequados. Nesse contexto, a implementação de um plano de parto adquire uma importância ainda maior, cujo objetivo é “orientar e preparar não apenas a mulher e seu cônjuge, mas também a equipe de saúde que atenderá o parto” (Silva et al., 2017, p. 146) representando não apenas uma ferramenta para garantir a segurança e o bem-estar da mãe e da criança (WHO, 2020), mas também como meio de capacitação das mulheres e de respeito pela sua autonomia durante o processo de parto (Moura et al., 2017). Neste subcapítulo achamos pertinente explorar a promoção de uma experiência de parto mais humanizada, respeitosa da cultura e segura. Neste caminho, visamos perceber de que forma este tipo de experiência pode contribuir para fortalecer os sistemas de saúde e auxiliar a mulher a tomar decisões mais conscientes sobre a sua saúde reprodutiva, através da implementação de um plano.

O plano de parto “regista as preferências da grávida e/ou do casal para o trabalho de parto, parto e pós-parto” (APDMGP⁵, p. 3). Pode ser considerado uma ferramenta que permite às mulheres expressarem as suas preferências, necessidades e desejos relativamente ao parto e ao nascimento dos seus filhos. Permite, portanto, “evidenciar os procedimentos que geram conforto à parturiente e aqueles indesejáveis, sendo que à mulher também deve ser comunicada,

fomentando também o compromisso com a nova Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável, em prol do alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). <https://www.undp.org/pt/guinea-bissau/sobre-o-pnud>

⁵ Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2017)

caso ocorra qualquer alteração que necessite de intervenção” (Silva et al., 2017, p. 146). Esta ferramenta é uma oportunidade para mulheres e acompanhantes serem informados sobre “o que acontece em cada fase do trabalho de parto” (APDMGP, 2017, p. 3), sendo um instrumento que “centraliza o direito à informação e à decisão” (Silva et al., 2017, p. 147), dando voz ativa à mulher no processo de tomada de decisão para que ela seja a “protagonista do seu próprio parto” (Silva et al., 2017, p. 147). Em suma, o plano de parto pode melhorar a comunicação, fortalecer a autonomia, observar o respeito pela liberdade, privacidade da gestante, bem como contribuir para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória (WHO, 2020, Silva et al., 2017). Os autores e documentos citados destacam a importância de promover, no âmbito da saúde materna, uma abordagem mais centrada na mulher.

1.2.3 A importância da comunicação eficiente quando da chegada da parturiente à maternidade

Como vimos anteriormente, a comunicação assume um papel crucial na relação entre o médico e paciente para garantir que a sua experiência seja segura e satisfatória. Para se atingir esse estágio, é preciso que a explicação e informações sobre os procedimentos sejam claros e compreensíveis, como afirmam Stewart et al. (2003). É igualmente fundamental estabelecer uma comunicação aberta e empática com intuito de tranquilizar e orientar a família durante o processo de parto (Teixeira 2004). Como salienta a OMS (2017), o parto deve proporcionar uma experiência positiva e segura. Para isso é fundamental assegurar a qualidade da comunicação mediante uma atitude empática, respeitosa, sensível às necessidades individuais, e considerar as diferenças culturais da gestante, o que, por conseguinte, ajuda a construir um ambiente de confiança e promove o bem-estar emocional durante essa fase tão única da vida de uma mulher (Berry 2017; Stewart et al., 2003).

Almeida (2007) sustenta que a informação fornecida às parturientes não tem a intenção de reduzir a distância científica e técnica entre o profissional e a parturiente, sendo a sua principal missão preparar as mulheres para a tomada de decisões responsáveis, favorecendo assim uma relação de mútua compreensão.

Todas as mulheres têm direito em receber a informação, consentir com a informação recebida ou a uma recusa informada, salvaguardando que as suas escolhas e preferências sejam respeitadas (APDMGP, 2017). Portanto, o consentimento no cuidado materno é um princípio ético e legal “expresso por meio de decisões livres, plenas e informadas” (MINSAP 2022, p.

15)⁶, que garante que a gestante esteja plenamente informada e tenha autonomia para tomar decisões sobre a sua saúde e a do seu filho, sendo que a “autonomia não é uma qualidade pessoal, mas um direito a ser reclamado” (Almeida, 2007, p. 14) e “está consagrado no direito dos direitos humanos” (MINSAP, 2022, p. 15). Neste sentido, o direito ao consentimento constitui uma oportunidade para a gestante inteirar-se sobre os procedimentos médicos propostos, os potenciais riscos e benefícios e as alternativas disponíveis que, no final, permitam-lhe tomar uma decisão informada e livre de coerção. O direito a ser informada e ter acesso à informação deve permitir “às [mulheres] passar com segurança pela gravidez e pelo parto e proporcionar a indivíduos e casais a melhor chance de ter um bebê saudável” (MINSAP, 2022, p. 15). Em última análise, o respeito pelo consentimento no cuidado promove não apenas a autonomia e dignidade da gestante, mas fomenta a confiança e promove a qualidade da relação entre o médico e a parturiente.

⁶ Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau

CAPÍTULO 2. Contextualização: o contexto do Sistema Nacional de Saúde e a saúde materno infantil na Guiné-Bissau

2.1. Apresentação geral do país e do seu quadro sanitário

A República da Guiné-Bissau situa-se na costa ocidental da África subsariana, ocupando uma área de 36.125 km², entre a República do Senegal, a norte, a República da Guiné, a sul, e o Oceano Atlântico a sudoeste. “É de realçar uma componente insular com 88 ilhas, que correspondem a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até setembro de 1974, quando viu reconhecida a sua independência, proclamada unilateralmente em 1973” (MINSAP-PNDSIII, 2023, p. 17).

A população estimada com base nas projeções das Nações Unidas é de cerca de 2.105.566 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de 2,2%. Caracteriza-se por uma população muito jovem: cerca de 62% da população tem entre 0 e 24 anos. As mulheres representam 51% da população, sendo que, destas, 49% têm entre 15 e 49 anos, representando cerca de 431.011 habitantes em 2023 (MINSAP-PNDSIII, 2023). Administrativamente (Anexo A, Figura 3.1), “o país está dividido em oito regiões (Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali), que se dividem em 36 setores, e pelo Setor Autónomo de Bissau (SAB), onde se encontra a cidade de Bissau, capital política, económica administrativa do país” (MINSAP-PNDSIII, 2023, p. 17). A língua oficial do país é o português, porém o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional (MINSAP-PSNSC 2021). É importante ressaltar que a Guiné-Bissau tem entre dez e trinta grupos étnicos, sendo que os mais representativos são os Fula (25,4%), os Balanta (24,6%), os Mandinga (13,7%), os Manjaco (9,3%) e os Papel (9%) (MINSAP-PSNSC, 2021). Esta diversidade étnica e o reconhecimento da existência de cerca de 30 línguas locais, embora reforcem o património e a riqueza cultural e linguístico, constituem uma barreira importante no que diz respeito ao acesso à informação, à comunicação com os técnicos de saúde e consequente prestação de cuidados de saúde (D’Alva, 2004).

A economia da Guiné-Bissau é predominantemente agrícola, sendo a castanha de caju o principal produto de exportação. A agricultura de subsistência, a pesca e a silvicultura também

são importantes para a economia local. No entanto, o país é um dos mais pobres do mundo, com uma infraestrutura limitada e um baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), ocupando 175.º sobre 187 do ranking mundial, (MINSAP–PSNSC, 2021). A pobreza afeta dois terços da população, sendo que 69% vive com menos de 2 US dólares por dia e 33% com menos de um US dólar por dia, o que pode ser um fator determinante para a desigualdade de acesso a serviços de saúde de qualidade (MINSAP–PSNSC 2021), sendo que o ordenado mínimo é de 41.667 Fcfa⁷ (Boletim oficial, 2022, art.º 12).

O sistema educativo é caracterizado por infraestruturas inadequadas, falta de recursos e professores mal remunerados. O desempenho é caracterizado como medíocre, ao qual se soma a escassez dos recursos humanos, financeiros e materiais. Conforme o *Plan Stratégique National de Santé Communautaire* 2021 (PSNSC), a educação é o setor mais problemático do país, com apenas 2,5% do PIB consagrado desde 2004. A taxa de matrícula no ensino primário é relativamente baixa, e a taxa de abandono escolar é alta, especialmente entre as meninas (MINSAP-PNDSIII, 2023).

No que diz respeito à saúde, o país é dependente da ajuda técnico-financeira exterior. De acordo com D’Alva (2004), em 1997 o MINSAP organizou uma mesa-redonda dando ênfase à elaboração e apresentação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) para intervenções sanitárias com uma duração de cinco anos, cujo objetivo é, entre outros, reforçar o Sistema Nacional de Saúde (SNS) para responder às necessidades gerais e específicas das populações da cada região. O PNDS seria o documento-quadro que, ao longo dos anos, foi melhorado e definido um novo PNDS III.

2.2. Sistema Nacional de Saúde, as unidades sanitárias e a saúde materno-infantil

O SNS da Guiné-Bissau, apesar dos avanços positivos registados nos últimos anos, ainda enfrenta desafios estruturais como uma elevada taxa de mortalidade materna, que, segundo o Instituto Nacional de Saúde Pública (MINSAP–PSNSC 2021), é, em média, de 746 por 100.000 nados-vivos, um valor 10,65 vezes maior do aceite no ODS 3, que é de 70 por 100.000 nados-vivos. Acredita-se que o valor seja ainda mais elevado considerando as mortes maternas fora das estruturas de saúde, sobretudo nas comunidades rurais mais isoladas (MINSAP–PSNSC,

⁷ Fcfa é a moeda da zona da UEMOA. 1 EURO corresponde a 655,57 Fcfa.

2021). Especificamente sobre a situação do HNSM, nos últimos três anos a maternidade registou um número significativo de partos, tendo, segundo o Diretor Geral, no primeiro semestre de 2023, registado um total de 4.923 partos. Desses, 4.880 foram nados-vivos e 198 nados-mortos (Fala de Papagaio, s.p.). Conforme a mesma fonte, o Diretor considerou haver uma evolução positiva comparativamente com os anos anteriores.

A referir que a infraestrutura de saúde é subdesenvolvida, “a insuficiência em quantidade e qualidade de técnicos de saúde, ligado ainda às questões das infraestruturas de prestação de cuidados de saúde constituem um estrangulamento para o acesso aos serviços de saúde de qualidade” (MINSAP, 2022, p. 7).

O país conta com onze regiões sanitárias, acrescido da capital Bissau, que continua a ser um setor autónomo. O acesso aos serviços de saúde é particularmente limitado nas áreas rurais, sendo que o país dispõe de 114 zonas sanitárias. Cada uma dessas zonas cobre uma população de 5 000 a 12 000, sendo que mais de 40% da população vive a uma distância de cerca de 5 km das estruturas de Cuidados Sanitários mais próximas (MINSAP–PSNSC, 2021).

De salientar que “O Sistema Nacional de Saúde (SNS) da Guiné-Bissau está estruturado de forma piramidal (Anexo A, Figura 3.2), e articula-se em torno de três níveis (central, regional e local) de prestação de serviços de cuidados⁸” (MINSAP–PSNSC, 2021, p. 13).

Além disso, essa estrutura permite que o SNS atue em colaboração com diferentes setores, garantindo uma rede mais ampla de prestação de cuidados, integrando o público, o privado e o tradicional, o que reforça a abrangência e o alcance dos serviços de saúde disponíveis para a população (MINSAP–PNDSIII, 2023). O acesso aos serviços de saúde é particularmente limitado nas áreas rurais. De acordo com o relatório da OOAS (2021), para atingir as metas dos Objetivos Do Milénio (ODM), a Guiné-Bissau deve ter pelo menos 9 médicos e 35 enfermeiros /parteiras para cada 10.000 habitantes, como indicado pela OMS. Segundo a mesma fonte, ao nível dos países da CEDEAO, Cabo-Verde apresenta o nível de cobertura de médicos mais elevada com 6.3/10.000 e Níger 0.2/10.000.

A saúde materna e do recém-nascido é espelhada no MICS 2018–2019, que fornece uma visão geral sobre a saúde materna e neonatal na Guiné-Bissau comparando as regiões do país com a média nacional. As informações refletem o acesso aos cuidados de saúde durante o pré-natal, parto e o pós-parto, destacando as disparidades entre as áreas urbanas e rurais, relativamente à assistência ao parto e ao cuidado no pós-parto. Importa referir que oito em cada dez mulheres fazem o pré-natal em clínicas privadas ou centros materno-infantil. Sobre a

⁸ Texto original : *Le Système National de Santé (SNS) de Guinée-Bissau est structuré de manière pyramidale et s'articule autour de trois niveaux (central, régional et local) de prestations de services et de soins*”.

assistência no parto por profissionais qualificados, esta revela-se variada, com 35% na região de Gabu e 86% em Bissau, ilustrando uma disparidade em termos de acessibilidade aos cuidados de saúde. Similarmente à assistência qualificada, a proporção de partos ocorridos em instituições de saúde varia significativamente, representando 34% dos partos em Oio e 83% em Bissau (Anexo A, Figura 3.3). Estes dados podem refletir tanto a disponibilidade das infraestruturas sanitárias no momento da assistência, quanto as preferências tradicionais locais. As diferenças no acompanhamento pós-parto são igualmente significativas entre as regiões, sendo que Oio apresenta dados mais baixos relativamente à média nacional, podendo representar riscos acrescidos para a saúde da mãe e do recém-nascido.

Relativamente à mortalidade, observa-se que a média nacional de mortalidade neonatal é de 22 mortes por 1.000 nados-vivos, sendo as regiões de Gabú e Biombo as que apresentam taxas de mortalidade mais elevadas, com 39 e 38 mortes neonatais e de menores de 5 anos por 1.000 nados vivos, respetivamente. Já as regiões de Tombali e Bafatá são as que apresentam as taxas mais baixas (Anexo A, Figura 3.4) (MICS, 2018-2019).

CAPÍTULO 3. Metodologia

Na perspectiva de Creswell (2014), a escolha do método de investigação deve ser orientada pela natureza do problema e pela questão de investigação. Assim, este capítulo descreve o percurso metodológico adotado, abordando as suas diferentes etapas, bem como a recolha e análise dos dados.

Primeiramente, discutimos o delineamento da investigação, que orienta a estrutura do estudo e justifica a escolha dos métodos utilizados. De acordo com Yin (2018), a estrutura de uma investigação é um plano lógico que liga os dados empíricos às questões iniciais da pesquisa e, por fim, às suas conclusões. Em seguida, apresentamos os instrumentos metodológicos de recolha de dados, destacando as suas características e como foram aplicados.

Posteriormente, abordamos os procedimentos de análise, apresentando as técnicas qualitativas utilizadas. Como sublinhado por Miles e Huberman (1994), a análise de dados qualitativos é um processo contínuo e repetitivo, que envolve reduzir, exibir e verificar os dados para chegar a conclusões.

A escolha da investigação qualitativa justifica-se pela necessidade de compreensão mais profunda relativa às perceções e experiências das gestantes sobre a comunicação durante o parto e o pós-parto na maternidade do HNSM, bem como compreender o contexto em que ocorrem tais experiências. O objetivo procurado com este método mediante entrevistas abertas e observação é obter informações a partir das perceções e da narração das experiências das puérperas sobre a qualidade da comunicação entre profissional de saúde e paciente face ao atendimento no parto e no pós-parto no HNSM quando ainda há pouco conhecimento ou compreensão sobre essa questão. Portanto, não se trata de uma investigação para verificar hipóteses ou analisar dados numéricos, mas sim abrir novas reflexões e compreender as diferentes dimensões de um problema, bem como obter dados detalhados sobre o comportamento humano (Quivy & Campenhoudt, 1995; Gil, 2008).

Para investigar a qualidade da comunicação na relação médico-parturiente, optámos por um estudo qualitativo, do tipo exploratório, tendo como método de recolha de dados as entrevistas abertas, que, como afirmado por Quivy e Campenhoudt (1995), têm como compromisso principal revelar determinados aspetos do fenómeno investigado.

Sendo um estudo qualitativo, a definição e seleção da amostra é um aspeto crucial para a compreensão do fenómeno estudado. Nesse sentido, tendo a delimitação de diferentes etapas,

as mulheres participantes foram escolhidas com base nas suas experiências de parto, o que nos pareceu particularmente relevante para a questão de investigação.

De notar que, inicialmente, tinha-se planeado encontros com o Diretor da maternidade no HNSM, para ter acesso ao caderno de registo de entradas e proceder ao primeiro contacto das gestantes que estariam interessadas em participar no estudo. Contudo, devido à indisponibilidade da maternidade e a não resposta das outras entidades públicas, não se conseguiu obter a amostra por essa via. Como alternativa, optámos por uma amostragem por conveniência para ter acesso às mulheres interessadas em participar no estudo, tendo-se definido como principal critério de inclusão ter tido pelo menos um parto na maternidade do HNSM. Através de algumas participantes, obtivemos o contacto de outras potenciais participantes e, através do método bola de neve, completou-se a amostra com um total de sete mulheres.

De acordo com Gil (2008), a seleção de participantes com base em critérios de inclusão específicos é importante para a validade e a aplicabilidade dos resultados, pois assegura que os participantes sejam relevantes para o objetivo do estudo. Assim, para compor a amostra do nosso estudo, procedemos à aplicação rigorosa dos critérios indicados a seguir, que garantiram uma amostra homogénea e relevante, permitindo, assim, uma análise rigorosa dos resultados.

- ⇒ Ter dado à luz na maternidade do HNSM, pelo menos uma vez (nado-vivo ou nado-morto);
- ⇒ Ter idade compreendida entre os 15 e os 49 anos ⁹
- ⇒ Estar disponível para contar a sua experiência de parto no HNSM
- ⇒ Ser mulher falante de português e/ou crioulo

Após a aplicação dos critérios, compusemos a nossa amostra (Anexo B): Sete mulheres com idades entre 27 e 31 anos, todas bissau-guineenses; entre as sete, quatro estavam casadas e três solteiras, no momento das entrevistas. Relativamente à escolaridade, quatro têm o grau de ensino superior, duas com ensino secundário e uma não tem qualquer escolaridade. Sobre o tipo de parto, três tiveram cesarianas e quatro deram à luz por partos eutócicos, dos quais resultaram dois nados-vivos e cinco nados-mortos.

⁹ INE 2018/2019 - [Página Inicial - Instituto Nacional de Estatística da Guiné-Bissau](#)

3.1. Procedimentos de recolha de dados

3.1.1. Pesquisa documental

O trabalho de pesquisa documental iniciou no dia 23 de janeiro de 2024, tendo sido enviada correspondência para o Instituto Nacional da Saúde (INASA) (Anexo C), para o departamento de ética, no sentido de obter acesso a fontes documentais pertinentes para o estudo e aos registos dos serviços da maternidade do Hospital. Infelizmente, não foi possível obter uma autorização formal, tendo todas as respostas obtidas sido informais e solicitado pagamento para a obtenção do acesso à documentação. Com várias portas de acesso à informação documental fechadas, recorremos, finalmente, a “testemunhas privilegiadas (...) que pela sua posição, ação ou responsabilidades, têm bom conhecimento do problema” (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 71). No caso, foram contactadas pessoas que trabalharam na maternidade, e que, por razões diversas, se demitiram e desejaram manter o anonimato.

3.1.2. Observação direta nos espaços internos e externos da maternidade

A observação foi realizada, após a autorização oficial ao nosso pedido, via carta (Anexos D e E), em seis visitas à maternidade do HNSM, com o intuito de observar diretamente o atendimento prestado às gestantes, fazer registos fotográficos e recolher conteúdos de campanhas publicitárias no exterior e no interior do local.

Todas as observações foram registadas por meio de fotografias (Anexo F), bem como no caderno de campo, que nos auxiliou na caracterização do espaço físico e dos cuidados às gestantes.

3.1.3. Entrevistas abertas

Recorremos a entrevistas abertas para perceber, em primeiro lugar, as experiências de parto, bem como as perceções sobre a qualidade da assistência durante o período de trabalho de parto e parto. Para iniciarmos a entrevista, a pergunta “Como foi a sua experiência de parto na maternidade do HNSM?” permitiu lançar o diálogo aberto, espontâneo e dinâmico sobre as vivências das mulheres.

A entrevista individual “aberta e flexível” (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 69) é uma ferramenta importante para obter uma compreensão profunda e rica sobre as experiências e perceções das entrevistadas. A sua flexibilidade e foco na exploração detalhada tornam estas entrevistas particularmente úteis, pois a pessoa entrevistada tem a liberdade de “expressar a sua

própria realidade na sua linguagem, com as suas características conceptuais e os seus quadros de referência” (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 75). Na pesquisa, recorreremos, portanto, a entrevistas abertas, realizadas a uma amostra de sete mulheres que tiveram pelo menos um parto na maternidade do HNSM entre 2018 e 2023.

Todas as entrevistas foram gravadas após explicação do propósito do estudo e do consentimento verbal das entrevistadas. Foi igualmente garantido às entrevistadas o anonimato. Das sete mulheres entrevistadas, uma solicitou que o seu nome fosse mencionado no estudo para encorajar outras mulheres a abordarem este tema e poderem libertar-se do “*trauma que leva[m consigo]*” (E2). Para a maioria, era a primeira vez que eram convidadas a falar sobre a sua experiência de parto na maternidade. Tendo em conta esse facto, considerámos primordial que a entrevista se desenrolasse num local e ambiente escolhido pela entrevistada para esta se sentir à vontade e confiante e procurar garantir a qualidade das informações recolhidas durante o processo. As mulheres foram entrevistadas nos locais que escolheram e, para a maioria, nos seus domicílios, com exceção de uma que não vivia na Guiné-Bissau no momento da realização da entrevista. Para esta, recorreremos à chamada telefónica com gravação consentida.

Nesse sentido, e para ganhar a confiança das entrevistadas, adotou-se uma postura empática e uma escuta ativa que permitissem estabelecer uma ligação genuína através do interesse demonstrado pela partilha das suas experiências. O facto de falarem livremente e sem interrupções ocasionadas pelas perguntas, também transmitiu respeito, e, de certa forma, a validação das suas perspetivas. De salientar que, antes de iniciar cada entrevista, foi claramente transmitido a confidencialidade dos dados, o que ajudou a criar um ambiente de confiança onde elas pudessem sentir à vontade para partilhar as informações. Por fim, e não menos importante, o respeito pelas suas crenças e a sensibilidade cultural da investigadora (bissau-guineense) foram aspetos cruciais no estabelecimento da confiança, pois permitiu que as entrevistadas se sentissem valorizadas, compreendidas e respeitadas.

As entrevistas tiveram uma duração média de 55 minutos. De salientar que a língua utilizada nas entrevistas foi o crioulo, por ser a língua de maior domínio das entrevistadas, bem como da entrevistadora, e todas concordaram com essa escolha. No processo das entrevistas, e por forma a obter clareza dos relatos, a investigadora recorreu a questões suplementares para esclarecer pontos sobre os quais se entendia faltar alguma clareza. Todas as entrevistas foram individualmente transcritas e traduzidas para a língua portuguesa para análise posterior.

No decorrer de todas as entrevistas, foi necessário fazer várias pausas, para permitir que as entrevistadas recuperassem da carga emocional. Essa carga, quer da dor física, quer do sofrimento emocional, foi recorrente e transversal a todas as entrevistadas, de cada vez que

recordavam a interação com as enfermeiras, o momento em que os filhos lhes foram retirados ou o anúncio da morte dos filhos, para algumas delas. Reviviam a dor ao contar a experiência, além de relembrar os momentos de vulnerabilidade e de humilhação. Foi particularmente difícil abstrair-se da emoção ao ouvir os relatos de dor e sofrimento. A transcrição e a tradução das entrevistas para a língua portuguesa foram igualmente um processo delicado, exigindo uma reprodução fiel do conteúdo emocionalmente difícil. Buscou-se manter ao máximo o rigor e o respeito de cada relato, garantindo que os detalhes sensíveis fossem transcritos e traduzidos de forma fidedigna, sem omitir nuances emocionais ou significados subjacentes. De observar que algumas expressões foram deixadas em crioulo, uma vez que não existe tradução para o português, sendo que em alguns casos optámos por uma tradução alternativa.

No que diz respeito aos dados de caracterização socioeconómica das entrevistadas, os mesmos foram recolhidos, inseridos em Excel versão 2016 e posteriormente utilizados para a descrição.

A preparação das entrevistas requereu uma abordagem cuidadosa dada a natureza pessoal e emocional da experiência de parto de cada uma das mulheres entrevistadas. Neste sentido, tomaram-se algumas diligências, nomeadamente, uma compreensão global sobre os cuidados de saúde materna em Bissau, o entendimento dos aspetos sociais e culturais da gravidez e do parto, que podem eventualmente influenciar essas experiências, como as crenças tradicionais, ou, ainda, as barreiras referentes ao acesso aos cuidados de saúde.

3.2. Tratamento dos dados, análise de conteúdo e criação de categorias

O percurso de tratamento e análise das informações obtidas através das entrevistas, com exceção da transcrição e tradução das entrevistas do crioulo guineense para a língua portuguesa, obedeceu a três etapas fundamentais, nomeadamente: a “pré-análise”, a “exploração do material recolhido” e o “tratamento dos resultados obtidos e interpretação”, recorrendo-se à técnica de análise de conteúdo temático proposta por Bardin (2011, p. 124-131).

Após a transcrição e tradução, fizeram-se primeiramente várias leituras de cada entrevista para compreender o cenário dos relatos, “anotar as pistas e as ideias, pôr em evidência as contradições internas e as divergências de pontos de vistas e refletir sobre o que podem revelar” (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 79). A etapa seguinte (exploração do material) consistiu em fazer os recortes para se proceder à codificação cujo objetivo é estabelecer as categorias de

análise através da “representação do conteúdo ou da sua expressão” (Bardin 2011, p. 135). Quanto ao tratamento e interpretação dos dados, estabeleceram-se seis categorias principais (descritas abaixo) que sobressaem dos relatos.

A análise de conteúdo, na definição de Bardin (2011, p. 37), “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens”. Acrescenta ainda que “consistem na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão [desse] conteúdo” (p. 48). Trata-se, portanto, de uma técnica fundamental para o nosso estudo, pois vai permitir identificar padrões, temas e significados subjacentes nas diferentes formas da comunicação das participantes com os profissionais de saúde.

3.2.1. Categorias de análise

No contexto da análise de conteúdo, as categorias de análise desempenham um papel central, pois representam as “unidade[s] de registo” (Bardin, 2011, p. 134) que permitem categorizar os dados de forma sistemática. Segundo Bardin (2011), “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero, com critérios previamente definidos” (p. 147).

Esta fase é crucial para estruturar os dados brutos em segmentos temáticos, facilitando a compreensão e a extração de significados relevantes para a investigação. Portanto, as categorias de análise ajudam a transformar dados não estruturados em informações organizadas, permitindo, desta forma, identificar “temas” (Bardin 2011, p. 134) comuns no material estudado. Como destacado pela mesma autora, “a categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas:

- *o inventário*: isolar os elementos;
- *a classificação*: repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor certa organização às mensagens.” (p. 147).

Em última análise, a categorização permitirá uma organização sistemática, o que favorece uma estrutura adequada e organizada de temas (Quadro 4.1) para a interpretação dos dados para uma melhor compreensão do tema estudado.

Quadro 3.1 - Temas de análise

Principais temas	Elementos de Análise
Comunicação institucional médico-parturiente	➤ Comunicação dos procedimentos - Clareza da explicações; ➤ Tempo disponibilizado para dar informação; ➤ Comunicação empática;
Consentimento informado e autonomia	➤ Envolvimento das parturientes na tomada de decisão sobre o seu parto; ➤ Consentimento informado para intervenções;
Atendimento e qualidade dos cuidados	➤ Ambiente inadequado e a higienização do espaço ➤ Carência de materiais básicos; ➤ Dependência de pagamento para receber cuidados adequados
Apoio emocional e empatia	➤ Cuidado e respeito ➤ Atitude atencioso
Desumanização e violência nos cuidados	➤ Atitudes agressivas e uso de força física ➤ Trauma psicológico associado ao parto; ➤ Efeitos físicos e emocionais
Comunicação e orientação nos cuidados pós-parto	➤ Orientações sobre cuidados pós-parto ➤ Informação sobre a saúde do recém-nascido

CAPÍTULO 4. Apresentação e discussão dos resultados

O presente trabalho de investigação procurou dar resposta à nossa pergunta de partida: “**Qual é o impacto dos processos da comunicação entre os profissionais de saúde do HNSM e as parturientes tanto no momento do parto, quanto no pós-parto?**”. Considerando o pouco conhecimento sobre este tema, bem como a pouca literatura com referências específicas ao contexto da Guiné-Bissau, optámos por desenvolver uma abordagem tripartida cujo objetivo visa dar resposta à pergunta de partida. Os resultados desta investigação exploram como a forma e o conteúdo da comunicação podem influenciar as experiências do parto, desde o atendimento, intervenções médicas até ao acompanhamento pós-parto, e como essas intervenções podem afetar a confiança, a autonomia e a satisfação das parturientes.

4.1. O Hospital Nacional Simão Mendes e o seu papel na promoção da saúde materna e infantil

Com infraestruturas pouco adequadas, como ressaltado no documento MINSAP–PNDS III 2023, a unidade de obstetrícia do HNSM carece de equipamentos médicos básicos, profissionais de saúde qualificados, entre outros.

As condições de assistência ao parto na maternidade do HNSM apresentam desafios estruturais. Entre eles podemos destacar, desde logo, a precariedade das infraestruturas com equipamentos médicos que aparentam estar obsoletos ou ser insuficientes (anexo F, 4.3), o que pode dificultar o atendimento. Além disso, a maternidade sofre com a falta de médicos, enfermeiros e parteiras qualificados, e, como destacado pelo Diretor Geral do HNSM, Dr. Sílvio Caetano Coelho, existe “falta de pagamento regular de salários aos funcionários contratados e capacidade institucional insuficiente face às demandas dos utentes” (Fala de Papagaio, 2023, s.p.).

Na maternidade, aquando da observação direta nos espaços internos e externos da maternidade, observámos que existe um pequeno pátio exterior em forma de U invertido, onde o sol se filtra através das árvores que fazem sombra (anexo F, 4.2). É aqui, em bancos de cimento ou mesmo no chão, que algumas gestantes aguardam por sua vez para serem atendidas pela equipa da maternidade. Nas paredes da maternidade, imponentes e, algumas delas, com

ilustrações de arte urbana, podem ler-se frases como “Aqui começa a vida”, “A família é a maior riqueza... amem-se” (anexo F, 4.4), como uma promessa de renovação e de esperança.

O chão, feito de cimento já desgastado, tapado pelas utilizadoras com panos tradicionais africanos, reflete as marcas de parturientes e visitantes, criando marcas que testemunham as preocupações e a ansiedade que o ambiente proporciona. No mesmo espaço, via-se uma espécie de estendal com roupas e panos estendidos, servindo também de proteção solar. Numa das visitas, vimos uma mulher deitada no chão, aguardando pela assistência, dando-nos a impressão de que a sua hora havia chegado. Ela era assistida, supomos nós, pelos familiares que a acompanhavam. O momento parecia de inquietação e de dor transmitida pelos gritos e dificuldades em manter-se numa posição. Ao seu lado, outra gestante sentada no chão com pernas abertas pedia ajuda para se levantar. Pelo tamanho da barriga, já teria atingido o termo gestacional (dados de observação direta nos espaços externos da maternidade feita no dia 28 de junho de 2024).

Vimos, ao redor das cercas de metal e grandes paredes, acompanhantes com olhares cansados, à espera de informação sobre as suas familiares ou de amigas que conseguiram entrar, na tentativa de obter alguma notícia que aliviasse a inquietação. A robustez das paredes e a altura dos arbustos limitam a vista para o interior da maternidade ou o acesso a janelas por onde pudessem chamar por alguém. A entrada da maternidade é protegida por grades de ferro pintadas a verde e branco para limitar o acesso ao interior.

Das visitas realizadas à maternidade, e como sugerem os relatos, é notado um número bastante limitado de camas para gestantes e puérperas: *“é que nem é cama de solteiro, é mais pequena ainda. Porque aquela cama só consegues mesmo colocar uma parte do teu corpo. Agora imagina duas grávidas nessa cama”* E6 (39 anos, licenciada, dois filhos, experiência de um nado-morto no HNSM), *“na verdade ficas encostada à cama, podes encostar só a cabeça, mesmo que o teu corpo todo não toque na cama. Na minha cama, éramos duas”* E5 (27 anos, sem escolaridade, um filho, experiência de um nado-morto no HNSM), *“tinham outras mulheres que partilhavam a mesma cama, ou seja duas por cama”* E2 (31 anos, ensino secundário, um filho, experiência de um nado-morto no HNSM). As condições de higiene deficitárias - *“todas nós que estávamos naquela sala fazíamos tudo naquele único balde”* E4 (35 anos, mestrado, dois filhos, experiência de um nado-vivo no HNSM), *“elas faziam vai e vem com o balde, porque iam deitar o sangue e depois voltavam, não lavavam o balde e voltavam a colocar-me isso no rabo, um desastre total”* E7 (31 anos, licenciada, dois filhos, experiência de um nado-vivo no HNSM).

No que diz respeito à produção de materiais de informação, cujos temas encontram-se no anexo F como panfletos, pôsteres, *outdoors* normalmente disponíveis na entrada, nas salas de espera das unidades de obstetrícia ou corredores, observámos que pela qualidade do papel e o desgaste das cores, aparentam antigos e, quiçá, desatualizados (anexo F, 4.12 a 4.18). Observámos também que não há uma sinalização na maternidade que permita a circulação das parturientes, assim como o acesso à informações relevantes sobre o seu estado. O alinhamento das informações observadas no *outdoor* (Anexo F, 4.3) com a prática revelada nos relatos não parece corresponder, estando escrito que o serviço é gratuito, porém nada é gratuito como revelam os relatos:

*“Na realidade, o que gastas é finalmente pagar... era preferível dizer vais pagar X! Porque até os pares de luvas tens que pagar, isto sem falar dos medicamentos, as quatro garrafas de soro etc.... vais para o bloco é este o valor que vais pagar.”*E2;

"apesar de agora dizerem-te que tudo no hospital é gratuito, mas sabem que não é, que (si bu padi drito) vão ganhar algum dinheiro do teu familiar." (E4)

“Na Guiné-Bissau se não tens dinheiro, nada vai. Eu acho que é por isso que te tratam mal, porque não comem o teu dinheiro na clínica e tu chegas ao hospital sem que tenham antes usufruído do teu dinheiro.” (E6).

Registamos igualmente que, os panfletos afixados nos corredores e sala de parto da maternidade apresentam discrepâncias, pois abordam mais questões relacionados ao Ébola e Covid-19 do que propriamente os cuidados a se ter no parto e, particularmente, no pós-parto, como se pode constatar no quadro 4.1.

Quadro 4.1 - Suportes de comunicação institucional

Suporte de comunicação	Tema	Frequência	Local de afixação		Observação
<i>Outdoors</i>	Informação geral sobre os serviços gratuitos oferecidos pela maternidade.	2	Farmácia HNSM	do crioulo da maternidade	Comunicação em crioulo promovido pelo programa PIMI
Pôsteres autocolantes	Proteger-se a si e ao seu bebé da Covid-19	1	Corredor pós-parto	sala	Comunicação em português
	Campanha sobre a amamentação	1	Corredor pós-parto	sala	Comunicação em português

	Equipamentos de proteção individual antes dos cuidados clínicos de Covid-19	1	Sala de parto	Comunicação em português	em
	Como se transmite o Ébola	1	Corredor sala pós-parto	Comunicação em português	em
	Casos suspeitos de Ébola	1	Corredor sala pós-parto	Comunicação em português	em
	Definição do padrão de contatos de casos do Ébola	1	Corredor sala de parto	Comunicação em português	em
	Higienização das mãos	1	Corredor sala de parto	Comunicação em português	em
	Febre alta e suspeita de infecção.	1	Corredor sala de parto	Comunicação em português	em
<i>Flyers</i>	0	0	-	-	

Para além da comunicação interna da maternidade através dos posters afixados, fizemos corte de um conjunto de comunicações, verbais ou não, linguagem, expressões e atitudes emergentes da categorização temática vindos das entrevistas, bem como dos dados preliminares recolhidos mediante a observação direta nos espaços internos e externos da maternidade. Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas abertas a sete mulheres com experiência de parto na maternidade do HNSM cujos dados são apresentados no quadro indicado no anexo B, 4.2 e 4.3.

No contexto dos cuidados de saúde, a comunicação é particularmente relevante, pois está diretamente ligada à qualidade do atendimento prestado e à experiência quer positiva ou negativa. Uma comunicação clara e acessível é fundamental para garantir que as parturientes se sintam informadas e envolvidas nos seus cuidados, promovendo o respeito pela sua autonomia e dignidade. Assim, a comunicação institucional é um o processo que visa garantir que as parturientes compreendam os procedimentos médicos e participem de forma ativa e informada no seu parto.

A análise, com base nos relatos, foca na dimensão parturiente-profissional de saúde sobre como foram (ou não) informadas e envolvidas nos procedimentos médicos durante o parto e pós-parto na maternidade. Os indicadores de qualidade foram estruturados utilizando as percepções das parturientes como base.

4.2. Comunicação institucional - parturiente-profissional de saúde

4.2.1. Comunicação dos procedimentos – Clareza das explicações

Nenhuma mulher entrevistada nos relatou uma situação em que tivesse tido informações claras, quer da parte do médico, quer da parte das enfermeiras e parteiras, sobre os procedimentos que lhe eram feitos. Por outro lado, os relatos apontam mais para o lado negativo, tendo a maioria dos relatos revelado um ambiente hostil na interação com as parteiras e enfermeiras no atendimento ao parto e no trabalho de parto, onde não lhe foi dada a informação sobre o seu estado de saúde, orientações sobre o parto, os procedimentos utilizados, nem explicações claras sobre os medicamentos administrados nem do seu efeito:

Orientações no atendimento ao parto

E2: “Ao invés de vir ter comigo para explicar o que se passa, não, ficaram nos murmuros e eu ouvi.”

E3: “quando fui lá a bolsa de água tinha arrebentado em casa, deixaram-me na sala sem fazer nada.” (27 anos, enfermeira, um filho, experiência de um nado-morto no HNSM)

E6: Elas decidiram abandonar-me ali, porque apesar de tudo, o meu filho já estava morto na barriga. Tive que sair a correr para pedir socorro lá fora. Porque deitada, estava a sentir bastante dor e eu disse-lhe que tinha dores e elas diziam para esperar sem informação nem nada, como se a dor tivesse tempo de espera.”

Procedimentos utilizados no parto

E4: Depois, essa história da criança no canal, elas punham-me a mão na vagina, têm uma técnica, não sei como é que lhe chamam, também não disseram nada. Põem a mão para virar o colo do útero, para o agitar a ver se aumenta a contração¹⁰. Mas aquilo é o fim do mundo, fizeram uma vez e a dor era tanta... soltei um grito com muita força. Nesse momento específico, cada vez que vinham com as mãos eu fechava as pernas.

E7: “Elas, viraram-me de avesso para parir, quase que eu ia morrer, porque não posso dizer outra coisa. Como eram três, uma subia em cima do meu peito e sentava-se e

¹⁰ Manobra de descolamento das membranas que consiste na introdução de dedos através do colo do útero e fazer movimentos circulares para separar as membranas amnióticas da parede do útero. A realização desta técnica necessita que a mulher seja informada, por ser uma manobra manual que pode causar muitas dores e desconforto.

pressionava com todo o seu peso. Imagina eu, com este meu corpo e os poucos quilos que tenho. Ela era enorme, parecia que ela estava a fazer uma espécie de baloiço em cima de mim, depois de ter feito isso, ela pôs as duas mãos, como quem quer dar soco no meu peito e pressionou com muita força¹¹, eu não sabia o que era isso. Enfim, tenho dores até os dias de hoje, certamente vou morrer com essa dor. Eu disse-lhe: Tu achas que podes fazer pressão dessa forma em cima do meu estômago? ”.

Medicamentos administrados

E1: “Só dizem injeção de malagueta¹². É uma injeção que dão, não sei. Não me explicaram o que era. Depois da injeção, senti logo a reação com muita força.” (28 anos, curso técnico, um filho, experiência de um nado-morto no HNSM)

E4: “Ela disse ‘chupeta’ para me dar. Foi e voltou com um comprimido [entende-se a ‘chupeta’¹³]. Disse-me para levantar a língua e colocou-me debaixo da língua... ela não me explicou nada.”

E5: “elas trouxeram um medicamento e disseram-me para colocar debaixo da língua e acabou. Pus o medicamento debaixo da língua e não tardou nada comecei a sentir imensas dores de barriga. Chamei para que me levassem para a sala de parto, não havia ninguém que me fizesse chegar à sala de parto.”

Considerando que a comunicação institucional visa garantir que as parturientes compreendam os procedimentos médicos e participem de forma ativa e informada no seu parto, estes relatos demonstram que os termos (*malagueta* e *chupeta*) e procedimentos médicos (manobra de Kristeller, manobra de descolamento das membranas e outro não identificado) não foram explicados, deixando as parturientes confusas, sem compreensão cabal sobre o que lhes estava a ser administrado e feito, nem sobre o seu estado que justifique, eventualmente, uma administração medicamentosa ou alguma técnica em particular. Isto reflete uma falha no processo de comunicação, onde a informação deveria ser transmitida de forma estruturada e esclarecedora para permitir à mulher participar ativamente no rumo do seu próprio parto, consentindo ou não a toma de medicação ou a realização de qualquer procedimento. A desumanização utilizada através das manobra de Kristeller na entrevistada E7 é muito evidente, pois as parteiras agiram de forma propositada, ignoraram completamente a dor, o medo e a

¹¹ A manobra de Kristeller consiste em aplicar a força sobre o abdómen da mulher para acelerar a fase expulsiva do parto.

¹² Trata-se da Ocitocina que estimula a contração uterina.

¹³ Trata-se do Prostaglandina que é dado para dilatar o colo do útero.

agonia da parturiente, colocando a sua vida em risco. O medo expresso pela parturiente “*quase que eu ia morrer*” demonstra o grau extremo de sofrimento durante o seu parto. O mesmo acontece com a E4, em que a técnica utilizada não lhe foi explicada para obter o seu consentimento, colocando a sua segurança em causa. O mesmo acontece com a E6, tendo sido completamente ignorada num momento de muita sensibilidade e dor emocional por ter perdido o seu filho, ainda na barriga. A atitude dos técnicos de saúde mostra que a preocupação da E6 não corresponde às suas preocupações, deixando-a desamparada e abandonada ao ponto de pedir socorro fora da maternidade.

Os relatos também apontam para a falta de paciência e de tempo disponibilizado para dialogar com as parturientes, para responder às suas dúvidas ou para prestar esclarecimentos sobre o momento do parto:

E1: “a pessoa que nos atendeu nem sequer nos queria atender, a minha mãe é que ficou a correr atrás dela para que me atendesse. Cada vez que a minha mãe ia ter com ela, ela dizia-lhe sempre «já vos disse que vocês estão a chatear-me, ela está no trabalho de parto, mas a hora ainda não chegou!»”

E2: Eles simplesmente desprezam-te, não querem saber de ti! Quando insistes, dizem-te para esperares, se não vês que estão ocupadas e que não têm tempo, e quando acabarem o que estão a fazer depois vêm ocupar-se de ti.

E3: “não me tocaram nesse segundo dia, até o terceiro dia, em que tive que pedir para ser observada. Porque eu lhes disse que a criança ia morrer e ela (entende-se enfermeira) disse-me ‘então dá à luz’(Anta padi pon)!”

E6: Naquele momento ouvi uma das parteiras a dizer: «deixem-na, deixem-na... está aqui a dar-se de vedeta (fasi fama)».

E7: “Mas tu acreditas que eu estava lá desde 01h da manhã de 16 de maio de 2022 e fiquei no sofrimento e na dor quase até ao amanhecer e ninguém para me atender? Ninguém para te ajudar, ninguém e quanto mais para te observar, por o dedo para ver, ninguém.”

Os relatos mostram uma ausência de comunicação ou a dificuldade em manter um diálogo que permitisse às mulheres interagirem com as parteiras e enfermeiras sobre o que estava a acontecer ao seu corpo. A ausência clara de instruções, a falta de apoio emocional e o uso de linguagem agressiva indicam que a comunicação humanizada não faz parte das práticas institucionais. Esta situação foi verificada aquando da observação direta, tendo-se constatado a

ausência de disponibilização de um quadro comunicacional claro quanto ao atendimento e seguimento das parturientes.

4.2.2. O consentimento informado e autonomia

No que diz respeito à participação das mulheres nas decisões, não se registou nenhuma participação das mulheres entrevistadas quanto à tomada de decisão sobre procedimentos que eram realizados ou a escolha do tipo de parto desejado. Antes pelo contrário, os relatos apontam no sentido contrário, ou seja, a decisão sobre o tipo de parto é tomada pelo médico.

E2: “O médico estava a dizer que eu não tinha como dar à luz de forma natural, tinha mesmo que ser levada para o bloco operatório. Ele podia-me ter dito isso, ao invés de murmurar nos cantos com os colegas.”

E4: Como fechava as pernas, e como se não bastasse, voltaram a usar uma outra técnica, eu não sei como é que isso se chama, elas não te dizem nada, nem como queres fazer só te maltratam. Fazem como uma pinça, ficam a esticar-te a ponta da pele da barriga¹⁴. Aquilo ali é mais outra tortura, porque conforme te pegam a ponta da pele, a dor que tu sentes, meu Deus...”

E7: Normalmente, com o meu cartão, elas deviam ter lido e saber que induziram-me ao parto de forma errada, e sem me consultar. Tinha que ter um atendimento diferente, uma atenção especial. Porque não é igual. A criança não podia sair naturalmente, a sua hora não tinha chegado para ele dizer “bem eu agora decidi sair. Não foi esse o caso, elas esforçaram a criança, ou seja, obrigaram a criança a sair...então ele ficou bloqueado algures.”

Por outro lado, dois relatos revelam casos em que foi pedido à parturiente para assinar o termo de responsabilidade para se proceder à cesariana. É importante sublinhar que a E7, teve de recorrer à cesariana após ter sido induzida ao parto vaginal sem o seu consentimento:

E3: “Depois dos dois dias, quando pedi para me levarem para a sala, levaram-me para fazer cesariana. Deram-me um documento que é um termo de responsabilidade para assinar e assinei. E depois fomos para a sala.”

¹⁴ Não se conseguiu identificar a técnica utilizada como uma prática padronizada e reconhecida nos protocolos obstétricos

E7: “O senhor que lá estava como responsável nesse dia, disse que eu não podia fazer cesariana porque o meu marido não assinou nenhum termo de responsabilidade ou nenhum termo de consentimento para que ele me pudesse operar. O meu marido foi até à porta principal buscar a autorização, assinou e levamos para o senhor.”

As experiências vivenciadas pelas mulheres entrevistadas, revelam um cenário de desrespeito aos seus direitos básicos, colocando em causa a sua dignidade e o seu bem-estar. Ao serem privadas de tomar decisões sobre o seu corpo, sobre o seu parto, aponta para uma completa ausência de comunicação e respeito à sua autonomia. Os relatos enfatizam uma experiência de muita dor física e sofrimento emocional, reforçados pelo uso de expressões como “maltratam” e “tortura” e à indução forçada ao parto “obrigaram a criança a sair”, o que transmitem uma sensação de desumanização e abuso podendo ter repercussões na saúde mental e física das mulheres. A falta de consentimento e autonomia desumaniza todo o processo de parto e afeta, por conseguinte, a experiência.

4.2.3. Atendimento e qualidade dos cuidados

Foi também percebido, não só através dos relatos, mas observação direta nos espaços internos e externos da maternidade, que o ambiente em que os partos ocorrem é inadequado, sendo as condições da maternidade precárias, o que acaba por influenciar a experiência das parturientes na qualidade do atendimento prestado. Como revelam os relatos apresentados a seguir, existe um problema de higienização do espaço, a sala de parto tem quatro marquesas e a sala de pós-parto é ocupada por cerca de 15 mulheres em simultâneo, acabando algumas por partilhar a mesma cama. Isto evidencia a sobrelotação e a falta de privacidade das instalações – aspetos que comprometem o conforto e a dignidade das mulheres num momento tão importante das suas vidas:

E7: “Éramos cerca de 6/7 grávidas na sala. Porque no meio da sala não tinha nenhuma cama, só um balde que todas vocês usam.. ninguém deveria ver isso.”

E4: “Tu te deitas e dás-te de frente com a tua colega que também está a parir. Ela acaba e tu ainda estás aí no esforço. Vês tudo, vês o rabo dela, ou ouves o barulho das palmadas.”

E2: “Éramos 15 na sala, era uma sala grande. Eu e mais uma outra tivemos sorte de ter a nossa cama só para nós, mas tinham outras mulheres que

partilhavam a mesma cama, ou seja duas por cama... Nós não tínhamos nenhuma privacidade, vestes-te em frente a toda a gente.”

As condições de assistência, dada a carência de medicamentos e materiais básicos interferem diretamente na experiência das mulheres como ilustram os relatos a seguir:

E4: “eu já sabia da escassez que o nosso hospital tem, então fui com as minhas luvas na minha bolsa. Indiquei onde estavam as luvas e ela as tirou da bolsa, colocou-as e observou-me.”

E 5: “Só havia uma cadeira de rodas, então eu tinha que fazer rápido para emprestar às outras.”

E7: “quando acordas, na verdade é a dor que te acorda, só tens forças para gritar, de tanta dor que sentes, o hospital não tem nenhum medicamento básico para dar. Epá, só visto para acreditar, porque contando ninguém acredita!”

A escassez de luvas, cadeiras de rodas ou ainda a falta de medicamento no ambiente hospitalar evidencia uma limitação estrutural, que impacta diretamente o conforto, a segurança e a dignidade das mulheres. Numa situação de parto ou pos-parto, onde muitas vezes a mobilidade das mulheres está muito reduzida, a ausência de recursos envolve sofrimento e riscos, como bem ilustram os relatos. O aspeto financeiro revelou, igualmente ter um impacto direto na qualidade do atendimento que as mulheres recebem aquando do parto, trabalho de parto e pós-parto. A falta de recursos limita o acesso aos medicamentos, equipamentos e cuidados básicos, exigindo-se que as mulheres ou os seus familiares comprem materiais que deveriam ser fornecidos pelo hospital. Por outro lado, o pagamento direto às parteiras ou enfermeiras revela ser uma condição *sine qua none* na prestação de cuidados com alguma qualidade, como ilustram os seguintes relatos:

E2: “nesse mesmo dia, antes de eu entrar no bloco, faleceu uma senhora por causa dessas despesas.”

E5: “Dá-me o dinheiro e vai para à rua... A minha vizinha tirou 10,000Fcfa e deu-lhe.”

E7: “O procedimento do hospital só te diz uma coisa, se não tens dinheiro para comprar ou para dor, morres, isso é claro. O meu marido, gastou mais de 100,000 Fcfa só no dia em que chegamos. Porque pediram para comprar caixas

de medicamento, luvas, enfim tudo. Porque tens que ter tudo. Agora imagina quem não tem? A pessoa faz como? Morre e acabou.!»"

4.2.4. Apoio emocional e empatia

Importa realçar a interação entre o médico e a parturiente. Esta interação foi determinante da qualidade das suas experiências, sendo positivamente marcada por um comportamento empático, atencioso e por uma comunicação respeitosa:

E1: “Ele lhes disse que ninguém iria me tocar. Foi esse jovem [entende-se jovem médico] que me ajudou a dar à luz... Depois, levou-me para a sala onde me pôs deitada.”

E2: “Nesta fase, a única pessoa que se comportou bem comigo foi esse médico... Ele disse, «se não estivermos cá, ainda somos capazes de perder a nossa irmã. Esta é a única forma que temos, é mesmo levá-la para o bloco».”

E7: “Por sorte, passou um jovem médico a quem pedi ajuda. Ele levou-me ao colo, pôs-me deitada no corredor onde tinha uma cama. Ele disse-me que não me podia dar água para beber porque se não eu ia morrer¹⁵, mas pegou na tampa da garrafa e foi-me molhando a boca aos poucos, mas não me quis dar para beber, só me molhava os lábios. Enquanto me molhava os lábios, perguntava se sentia a criança a mexer.”

Os relatos mostram uma interação mais positiva com o médico. No relato da E2 a figura do médico destaca-se como uma pessoa compreensiva e atenta, reconhecendo a gravidade da situação dela, expressando genuinamente preocupação pela sua saúde. A comunicação do médico e o cuidado que teve no momento ajudou a tranquilizá-la. Por outro lado, E7 ressalta o atendimento humano e atento do jovem médico que a ajudou e tratou-a com carinho e respeito. Esta dinâmica de interação entre os dois mostra como a empatia e o cuidado podem transformar a experiência traumática num momento ligeiramente mais suportável.

Além da figura do médico, os relatos revelam também a assistência humana e uma interação positiva com as “senhoras mais velhas”, ou seja, as parteiras com maior experiência e outros intervenientes indiretos, como senhoras de limpeza ou familiares.

¹⁵ A crença ancestral diz que quando alguém já está quase a morrer pede água. Quando acaba de beber água, morre.

E1: “Estava lá uma senhora ‘servente’ que entrou na sala e lhes disse: «mas como é que vocês estão a dizer para ela fazer com força. Vocês estão a ver que ela é uma criança, vocês é que têm de lhe ajudar. Se não lhe derem jeito, ela não vai conseguir sozinha».”

E5: “a senhora mais velha, ela tratou-me muito bem, tratou-me como se fosse sua filha, certamente lhe devo a minha vida.”

4.2.5. Desumanização e violência nos cuidados

Na voz das entrevistadas, existe uma diferenciação clara entre o médico, as enfermeiras/parteiras e as senhoras mais velhas. Essa diferenciação é realizada através da qualidade do atendimento recebido. No que diz respeito à interação estabelecida entre as enfermeiras/parteiras e a parturiente, esta é muito marcada pela falta de empatia, comunicação clara e ausência de apoio emocional. Os relatos mostram que essa relação ficou marcada pela violência, quer física, quer verbal.

E1: “«Podes abrir a boca até te cansares, naquele dia que estavas a tomar, não abriste a boca, ficaste calada, agora que chegou a hora de sair, estas a abrir a boca. Cala essa boca!’... assim é que tinhas aberto os pés, e da forma como abriste os pés é dessa mesma forma que vais parir. E nem penses que vais vomitá-lo!”

E2: “Mesmo no parto normal não vais escapar porque vão te insultar, levam-te para o bloco operatório maltratam-te ainda mais.”

E3: “Tinham medo, embora no início queriam começar com insultos e conversas pesadas, mas alguém lhes disse que eu trabalho no hospital. Tiveram medo.”

E4: “Quando fazia força diziam agressivamente que «não é assim», batiam-me no peito e diziam: «abaixa o peito, o fôlego não é para cima, é para baixo!» Eu dizia: «Mas, como é que eu vou fazer força, a força é como?» Elas me diziam: «Cala a boca, a pessoa quando está a parir não fala, cala-te e faz com força». Mas é uma aflição e uma tortura que te infligem.”

E5: “Quando ela me bateu no braço, disse-me para lhe largar porque estava a sujar a bata dela com sangue. Saiu da sala, e foi no corredor que ela começou a falar e a insultar-me.”

E7: “Porque elas dizem que chegas até esse momento para recusares a parir, então batem-te. Eu não me aguentei e disse à mais velha: «quem é que vem até à maternidade

para recusar de parir, quem?». Naquele momento, eu senti que já não havia mais nada a fazer, se não tentasse sair daquela marquesa, ia morrer.”

Em última análise, observamos, através dos relatos citados, que a forma de comunicação revela, por parte da parteira e enfermeira, uma ausência de diálogo, de clareza nas explicações dadas às parturientes, optando por uma comunicação autoritária, como se de uma forma de educá-las a parir se tratasse, desvalorizando por completo o sofrimento, impondo regras à parturiente sobre como deve conduzir o seu próprio parto, retirando-lhe todo o protagonismo e colocando-a numa situação de insegurança e desamparo. Esta abordagem fecha a porta ao diálogo e consequentemente à interação, onde o foco é a busca pelo entendimento mútuo e consenso (Habermas, 2012). Portanto, utilizando linguagem agressiva e de desconsideração (como o termo 'vomité-lo'), desvaloriza-se o ato do parto em si, remetendo-o a um ato grotesco e repulsivo. A expressão 'deixem-na' sugere também uma decisão propositada de não assistir a parturiente, por se assumir que ela pudesse estar a fingir ou a exagerar. Tal postura demonstra a falta de empatia por parte das enfermeiras, que desvalorizam o sofrimento das mulheres e, no limite, ridicularizam o próprio ato do parto, distanciando, desta forma, o papel da linguagem como forma de mediação da relação.

Do ponto de vista da linguagem, sendo este um fator determinante no cenário da relação interpessoal, que permite estabelecer contacto e criar relação, como destacado por Bakhtin (2014), a voz das parturientes implica que as suas preocupações não sejam consideradas dignas de atenção e do cuidado médico imediato, por sugerirem exagero e fingimento. A expressão 'dar-se de vedeta' humilha e ridiculariza a mulher, insinuando que ela possa estar a exagerar para obter a atenção do médico.

No que concerne à comunicação e linguagem utilizada, a mulher é exposta à violência verbal por parte dos profissionais de saúde, ela é desacreditada, e todo o processo é desvalorizado, particularmente, o momento de parto, revelando um desrespeito pela sua dignidade e sofrimento. O comportamento das parteiras/enfermeiras enfatiza a autoridade do profissional (neste caso a enfermeira) enquanto especialista, e o paciente (neste caso, a parturiente) como alguém que procura ajuda, como sublinha Parsons (1951). Esta abordagem comunicacional é emocionalmente devastadora para a mulher, como explica a entrevistada E2: *“a forma como nos tratam lá não é correto, parece que somos animais, não é correto. Foi muito duro para mim, muito duro mesmo”*. Desta forma, sente-se o trauma que afeta negativamente a experiência: *“na verdade, tu precisas de muita atenção, porque a situação em que estas é de muita dor e trauma”* (E6), quer do ponto de vista físico - *“a minha vagina até*

os dias de hoje não está bem. Sinto porque quando faço xixi arde” -, quanto emocional - *“Só de passar no hospital, o meu corpo treme, entro em pânico... é muito complicado superar!”* (E7).

4.2.6. Comunicação e orientação nos cuidados pós-parto

A transição para a fase do pós-parto é uma etapa delicada, que requer orientações claras e um acompanhamento adequado para assegurar a boa recuperação tanto da puérpera, quanto do recém-nascido. Nesse sentido, a qualidade da comunicação e das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde também têm um impacto direto na experiência e segurança da puérpera e do seu filho. Contudo, no contexto deste estudo, identificámos lacunas significativas nas orientações dadas às puérperas, como a ausência de cuidados e orientações sobre cuidados pós-parto e a falta de informação quanto à saúde do recém-nascido.

No que diz respeito sobre os cuidados no período do puerpério no HNSM, e mesmo à comunicação sobre os cuidados fora do hospital, as mulheres entrevistadas indicaram não ter recebido qualquer tipo apoio ou instrução:

E1: “No Hospital não me disseram nada... com o que passei, não voltei lá. Foi a minha cunhada que me ajudou em casa porque ela era enfermeira”

E2: “...quando acabo a minha higiene, como as enfermeiras não têm paciência para falar nem ajudar ninguém, eu ajudo a senhora fula, porque ela não falava crioulo, mas percebia... Eu até fiquei com medo de tirar os pontos no hospital. Quando voltei para casa, liguei a um dos meus amigos, que é um médico e trabalha na Casa Emanuel.”

E5: “Eu tinha que fazer a minha higiene sozinha, lavar-me sozinha, porque ninguém lava sangue de ninguém, tens que fazer tudo sozinha porque não deixam os teus familiares entrarem”

E7: “ tratava de mim a mesma... o que as enfermeiras faziam não era nada que eu e a minha amiga não pudéssemos fazer. Porque metem Betadine na compressa e limpam a ferida, nós repetíamos o mesmo gesto, porque elas não dizem nada. Até porque, se no momento do curativo não estas na sala, elas não voltam.”

Uma mulher entrevistada indicou ter tido orientação do hospital para a retirada dos pontos após a cesariana: *“sim tive, mas fui para outro serviço. Porque tive que tirar os pontos.”* (E3)

Por outro lado, os relatos revelam por um lado a ausência de contacto físico entre a mãe e o seu filho (com exceção de uma) e por outro lado, a inexistência de informação quanto à saúde do recém-nascido:

E4: “Quando o meu filho saiu, aterrorizaram-me tanto, puseram-me a criança no peito, eu nem quis ver, não olhei para ele.”

E1: “...depois da criança nascer, levou logo o bebé para colocar na incubadora... não vi o meu filho.”

E2: “perguntei pela criança e disseram-me para me preocupar comigo mesma antes de pensar na criança, afinal tinham-no levado para a incubadora.”

E3: “Não sei o que se passou, não lhe vi. Quando acordei [entende-se depois da cesariana], tinham-lhe levado para a pediatria. Não, desculpa, levaram para a incubadora... mesmo depois de morto não o vi. Falei com o médico e só me disse para ter força e coragem, para a próxima vez vão lhe salvar.”

E5: “Sabes, quando a cabeça da criança saí, os ombros saem, então acabou, tu já paristes, porque o resto não é nada. Então a criança saiu, escorregou de dentro de mim e saiu, bateu com a cabeça na tigela e caiu. Eu não vi nenhum médico que tivesse observado o meu filho... Foi assim que ele morreu.”

E7: “ninguém para me dizer sobre o estado do meu filho, ninguém para observar o meu filho tendo em conta a mal formação na cabeça, ninguém.”

A ausência de orientações claras sobre os cuidados no pós-parto, bem como informações sobre o estado de saúde do recém-nascido refletem uma deficiência aguda na comunicação estabelecida com as puérperas impactando negativamente a sua experiência de parto na maternidade do HNSM.

CAPÍTULO 5. Conclusão e Recomendações

A comunicação no campo dos cuidados de saúde é um processo dinâmico que requer não só uma preparação adaptada, mas onde a “boa vontade” também parece ter a sua importância. Como sublinha Habermas (2012), a importância da comunicação reside na partilha, em compreendê-la para promover o entendimento mútuo. Para Bensing (1991), a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes é fundamental para estabelecer uma boa relação interpessoal, constituindo, portanto, um pré-requisito para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Além disso, Berry (2007) destaca que a sensibilidade é crucial na comunicação em saúde, pois a falta dela, somada a estigmas socioeconómicos, pode proporcionar a elaboração de estereótipos, afetar a confiança do paciente, e, por conseguinte, dificultar uma comunicação mais eficaz e transparente.

Este trabalho, cujo objetivo foi conhecer a perceção de mulheres relativamente às suas experiências de comunicação com os profissionais de saúde no contexto do atendimento no parto e no pós-parto na maternidade do HNSM, conduziu-nos, através da análise de conteúdo temático dos relatos na primeira pessoa e de , a uma série de processos comunicativos e de interação entre diferentes profissionais da área da saúde e as parturientes. A proposta era estudar o impacto desses processos comunicacionais por meio de entrevistas abertas realizadas a sete mulheres que tiveram pelo menos um parto na maternidade do HNSM. Tratando-se de um primeiro estudo feito sobre esta matéria, considerou-se pertinente optar por uma abordagem exploratória, partindo de uma pergunta inicial que permitiu às participantes partilharem livre e

espontaneamente as suas experiências de parto. Os relatos expressam grandes desafios no que à comunicação empática, formação e organização dizem respeito, refletindo experiências bastante negativas, de total desamparo das mulheres.

Foi possível constatar que a falta de comunicação adaptada desemboca, quase sempre, na aplicação de uma violência extrema, quer no atendimento, quer no parto, quer no pós-parto, para que as enfermeiras/parteiras se façam entender. Tais aspetos têm um impacto direto na qualidade do cuidado prestado, assim como no bem-estar físico e emocional das parturientes. Estas falhas na comunicação e na partilha de informação eficazmente constituem um obstáculo no processo da interação e conduzem à não adesão (Berry, 2007), ou a uma adesão coerciva, desprovida de explicações sobre o tratamento que promove a “melhoria dos cuidados prestados” (Neves & Santos, 2018, p. 125).

Como relatado nas entrevistas, os profissionais de saúde têm o dever de 'mimar', 'falar bem' e 'cuidar' das suas pacientes, por ser neles que recai essa responsabilidade. O profissional é visto como aquele que dispõe do saber, e não um técnico que tem, à partida, uma predisposição para maltratar. Por conseguinte, a dimensão da comunicação adequada surge como um fator crítico para garantir uma experiência mais positiva no parto e no puerpério. Para a maioria das mulheres entrevistadas, a falta de informação sobre o que acontece com o seu corpo durante o trabalho de parto e o parto e a ausência de consentimento informado nas diferentes intervenções médicas violam a sua autonomia, em total desrespeito pelo seu direito de participar nas decisões que recaem sobre o seu corpo, fazendo do processo muito alienante.

Efetivamente, os relatos ilustram um abuso de poder que sujeita as mulheres no parto a condições degradantes, desumanas e aterrorizantes. O termo ‘violência obstétrica’ nunca foi mencionado pelas entrevistadas, porém os seus relatos são reveladores de situações de abuso e desrespeito, como agressões físicas e verbais, pressões para acelerar o parto, bem como atitudes insensíveis por parte das enfermeiras e parteiras. Com os relatos, é possível elaborar uma lista das sucessivas agressões vivenciadas por estas mulheres no contexto da assistência ao nascimento dos seus filhos. Estes comportamentos, manifestamente insensíveis à condição de vulnerabilidade da mulher gestante, acabam por agravar o seu sofrimento, deixando-a num estado de desamparo e solidão absoluto.

Tais práticas refletem também um problema estrutural que não se limita apenas aos aspetos de disponibilidade de material, privacidade, higiene e equipamentos básicos, mas remetem para insuficiências na formação dos profissionais de saúde, como identificado pela OMS. Neste sentido, uma formação contínua destes profissionais em comunicação é fundamental para se atingir o estágio de práticas humanizadas no parto. Também os diversos autores citados neste

estudo argumentam que uma comunicação empática e centrada na mulher ajuda a melhorar os resultados em saúde e promove experiências de parto mais saudáveis e humanizadas.

Por último, este trabalho de investigação teve as suas limitações, nomeadamente as dificuldades de acesso a fontes documentais, as sucessivas anulações de encontros, a não resposta a correspondência, as dificuldades em obter informações oficiais e credíveis, entre outros fatores. Como sugestão para estudos futuros, pela riqueza dos relatos, julgamos importante alargar o estudo a outras regiões da Guiné-Bissau, como Gabú e Bafatá, por serem duas regiões muçulmanas, em que a questão linguística e cultural constitui uma barreira ainda maior na relação com os agentes de saúde. De facto, nos relatos, algumas entrevistadas abordaram o facto de as mulheres Fulas, maioritárias na região leste do país, não falarem o crioulo e poderem estar, por isso, mais vulneráveis. Estas são pistas que podem ser objeto de estudos futuros para a promoção de reformas no modelo de atendimento à gravidez e ao parto, tendo como objetivos principais a melhoria da comunicação nos cuidados de saúde, o respeito pela dignidade das mulheres e pelo seu direito à autodeterminação num dos, se não o, momento(s) mais importante(s) da sua vida.

Recomendações

A análise dos relatos sobre a qualidade do atendimento às parturientes na maternidade do HNSM revela vários disfuncionamentos no que à comunicação e informação dizem respeito. Observamos igualmente grandes desafios no que respeita ao suporte emocional, a empatia e particularmente as condições materiais e estruturais da maternidade. Este conjunto de fatores contribui negativamente para a qualidade da assistência durante o parto e o puerpério. Os relatos destacam muitas falhas na interação com os profissionais de saúde, desde a falta de explicações claras até à ausência de acompanhamento adequado, que, na maioria dos casos, resultam em experiências de desamparo, sofrimento, abandono e muita solidão.

Neste contexto, pensamos ser importante propor algumas recomendações que visam contribuir na melhoria do atendimento às parturientes, através da promoção de cuidado atencioso e delicado, que respeita a dignidade e os valores das mulheres num momento particular das suas vidas, em que apresentam muita vulnerabilidade.

Assim, são propostas as seguintes recomendações, estruturadas por áreas mais críticas, identificadas durante o trabalho de investigação. Propõem-se também ações que permitam melhorar a qualidade dos cuidados prestados na maternidade, que, acreditamos nós, poderão ainda contribuir para a diminuição da taxa de mortalidade materna e neonatal.

- i. Melhorar a comunicação e informação:
 - a. Realizar formações contínuas para os profissionais de saúde, tais como *workshops* e intercâmbios, sobre a comunicação em saúde;
 - b. Implementar na maternidade protocolos de consentimento informado que garantam que as parturientes recebem explicações detalhadas sobre os procedimentos a que serão submetidas, assegurando que elas compreendem os riscos, benefícios e alternativas a qualquer intervenção;
 - c. Criar, tornar acessíveis e manter atualizados materiais informativos, em crioulo, tais como: panfletos explicativos com desenhos representativos da comunidade e numa linguagem simples dado o baixo nível de literacia da população; vídeos curtos que expliquem os cuidados perinatais, a importância das consultas regulares, os tipos de partos e os cuidados no puerpério;
- ii. Humanização no atendimento:
 - a. Sensibilizar e incentivar, mediante campanhas e formação sobre o atendimento cuidadoso, os profissionais de saúde a adotarem uma postura mais empática e a mostrarem mais respeito pelos sentimentos das parturientes, dado os limites físicos e emocionais da situação em que estas se encontram.
 - b. Criar campanhas internas sobre a ética na profissão médica;
 - c. Autorizar a presença de um acompanhante da escolha da grávida ou parturiente é um fator primordial, quer na sala de espera, quer durante o processo de trabalho de parto, parto e no puerpério, para garantir suporte emocional e físico;
 - d. Criar mecanismos que permitam a avaliação da qualidade do atendimento na maternidade, de modo a identificar falhas e áreas que devem ser melhoradas;
- iii. Apoio Emocional
 - a. Criar uma célula de apoio psicológico ou um conjunto de apoio especializado durante o período do puerpério para garantir que as parturientes se sintam emocionalmente apoiadas.
- iv. Melhorar as condições materiais e organizacionais
 - a. Melhorar as infraestruturas da maternidade, nomeadamente a sala de partos, numa primeira fase, para garantir maior privacidade, higiene e conforto das parturientes. Quanto às salas do pré e pós-parto, considerar a aquisição de separadores para cada cama, preservando desta forma a dignidade e privacidade de cada mulher;

b. Já que os materiais básicos são gratuitos, ter uma equipa de supervisores para garantir que as parturientes tenham acesso aos materiais básicos, como medicamentos e materiais hospitalares, sem depender da compra externa;

c. Criar um sistema informático de ligação entre a maternidade e o centro materno-infantil para partilha de informação, já que o centro acolhe e orienta as gestantes no período pré-natal.

v. Prevenir a violência no parto

a. Implementar células de denúncias anónimas para as mulheres poderem relatar qualquer forma de abuso ou maus-tratos sofridos durante o parto, com garantias de que as queixas serão tratadas com seriedade, com a finalidade da responsabilização dos autores de tais práticas e atitudes;

b. Criar parcerias com o projeto PIMI, a OMS ou UNICEF para estabelecer um sistema de auditoria interna que permita verificar a conformidade das práticas obstétricas como indicado nas orientações da OMS.

vi. Acompanhamento no Puerpério

a. Implementar um sistema ou programa de orientação e seguimento sistemático no puerpério, garantindo que as puérperas recebam cuidados e orientações necessárias para a sua recuperação física e emocional, assim como apoio no cuidado do recém-nascido

Dadas as dificuldades e condições estruturais, consideramos todavia importante que o sistema de saúde considere, no seu plano estratégico PNDS ou futuro plano, a integração do plano de parto como uma ferramenta para a comunicação dos desejos da mulher relativamente ao seu parto, que respeite as suas crenças. O plano de parto seria elaborado entre o profissional de saúde e a parturiente, em colaboração com o Centro de Saúde materno-infantil. Esta recomendação, embora mais complicada de se implementar, ajudaria a promover a disponibilização da informação, a tomada de decisões informadas, permitindo que a parturiente fosse a protagonista do seu parto. Ajudaria a promover não só a sua autonomia, mas garantiria também que as suas escolhas fossem respeitadas, nomeadamente quanto à escolha do acompanhante, melhorando o seu nível de satisfação relativamente à experiência de nascimento.

Referências Bibliográficas

- Almeida, O. M. O., (2007). O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem – Dissertação de Mestrado <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- Balint, M. (1995). The Doctor, His Patient, and the Illness - Volume 265, Issue 6866, Páginas 683-688 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8)
- Bakhtin, M. (Volochinov) (2014). Marxismo e Filosofia da Linguagem. Problemas fundamentais do Método Sociológico na Ciência da Linguagem (16ª ed.), Editora Hucitec, São Paulo.
- Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo, Edições 70
- Beckman, H. B., Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, v. 101, n. 5, p. 692-696
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science & Medicine*, 32(11), 1301-1310. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90047-g](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90047-g).
- Berry, D. (2007). *Health Communication: Theory And Practice*. Open University Press.
- Bezerra, G., Oliveira, P., Pagliuca, L., Almeida, P., Anjos, S. & Barbosa, A., (2019). Comunicação verbal da díade enfermeiro-parturiente na fase ativa do trabalho de parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(5). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>
- Boletim Oficial da República da Guiné-Bissau – Suplemento número 5, 2022.
- Caron, O. A. F., & Silva, I. A., (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação - *Rev Latino-am Enfermagem* 10(4):485-92 <https://www.scielo.br/j/rlae/a/jpdDD3xkR7QQLC5kCbFpMqC/>
- Centa, M. L., A, Oberhofer, P. R., Chammas, J. (2002). Comunicação entre a puérpera e o profissional de saúde – An. 8. Simp. Bras. Comun, Enferm. - [Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem - The communication between the woman in pospartum and the health professional \(scielo.br\)](https://www.scielo.br/j/rlae/a/jpdDD3xkR7QQLC5kCbFpMqC/)
- Creswell, J. W. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. Sage Publications
- Cruz, M. C. C., (2009). O Conceito de Cuidado à Saúde, Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/10398/1/2222222.pdf>
- D’Alva, G. M., (2004). Saúde da Família na Guiné-Bissau: Estudo de implementação na região de Bafata - <https://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel10/MarileneDalva.pdf>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. Atlas
- Garcia, A. A. (2020). *A comunicação nos cuidados de saúde primários. Estratégias para a promoção da saúde e prevenção da doença*, Tese de doutoramento em Ciências da Comunicação, disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/23428>
- Habermas, J. (2012). Teoria do Agir Comunicativo. v. 1. Racionalidade da Ação e racionalização social. São Paulo: Martins Fontes, 2012
- Jewkes, R., Abrahams, N., Mvo, Z. (1998). *Why do nurses abuse patients?* Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine*
- Laverack, G. (2004). *Promoção de Saúde – Poder e Empoderamento*. Lusodidacta.
- Lopes, F. A. (2018). *Relação médico-doente e Influência nos Outcomes de Saúde* [Artigo de revisão, Mestrado em Medicina, Universidade de Coimbra]. Repositório Geral da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/82674>
- Lopes, J. C. R., Santos, M. C., Matos, M. S. D., Ribeiro, O. P., (2009). MULTICULTURALIDADE – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. ISBN: 978-972-8930-45-5
- Madula, P., Kalembo, F. W., Yu, H., Kaminga, A. C., (2018). Healthcare provider-patient communication: a qualitative study of women's perceptions during childbirth. *Reproduct Health*. doi: 10.1186/s12978-018-0580-x
- Martins, J., & Nogueira, P. (2016). *Semântica da Informação em Saúde 2016*. Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/semantica-da-informacao-e-m-saude-2016-pdf.aspx>
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2ª edição). Sage Publications
- Mgawadere, F., Shuaibu, U. (2021). Enablers and Barriers to Respectful Maternity Care in Low and Middle-Income Countries: A Literature Review of Qualitative Research. *International Journal of Clinical Medicine*, 12(5).
- Neves, D. M., Santos, M., J., D., (2018). Babies born better: o uso do software maxqda na análise preliminar das respostas portuguesas à secção qualitativa do inquérito - [*210-574-1-PB.pdf \(iscte-iul.pt\)](https://hdl.handle.net/10316/82674)
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary, *Health Promotion International*, 13(4), 349-364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>.

Organização Oeste Africana da Saúde, (2021). 2019 A situação sanitária na região da CEDEAO - [health-situation-wa-portuguese-march-2021.pdf](http://wahooas.org/health-situation-wa-portuguese-march-2021.pdf) (wahooas.org)

Parsons, T. (1951). *The Social System*. Routledge & Kegan Paul Ltd.

Pimentel, V. R. M., De Sousa M. F., & Mendonça, M. V. (2022). Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*, 32(3), 1-21 <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320316>

Quivy, R., & Campenhoudt, L.V. (1995). Manual de investigação em ciências sociais (2ª ed.). Grávida Publicações, S.A.

República da Guiné-Bissau – Ministério da Saúde Pública (2022). Diretrizes Nacionais Sobre Aborto Seguro e Autocuidado na Saúde Reprodutiva.

Silva, A. L. N. V., Neves, A. B., Sgarbi, A. K. G, Souza, R. A., (2017). Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM* <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/22531/pdf>

Stefanelli, M. C. (1981). Importância do processo de comunicação na assistência de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 15(3), 239-245. <https://doi.org/10.1590/0080-6234198101500300239>

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W.W., McWhinney, I. R, McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2017). Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico (A. Burmeister & S. M. Mallmann da Rosa, Trad.; 3 ed.). Artmed. <https://www.slowmedicine.com.br/wp-content/uploads/2018/09/STEWART-et-al-2017-Medicina-Centrada-na-Pessoa-Tr-Moira-Stewart.pdf>

Street R. L., Makoul, G., Arora, N. K., Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399108006319?via%3Dihub>.

Suchman, A., Markakis, K., Beckman, H., Frankel, R., (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 277(8), 678-682. http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module2/circ/apprentissage/intranet/cc/rel_med_mal/ccdc_suchman.pdf

Szasz, T. S., Knoff, W. F., & Hollender, M. H. (1958). The doctor-patient relationship and its historical context. *American Journal of Psychiatry*, 115(6), 522-528. <https://doi.org/10.1176/ajp.115.6.522>.

Teixeira, J. A. C. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde – utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620. <http://hdl.handle.net/10400.12/229>

Teixeira, J. A. C. (1996). Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 14 (1), 135-139. <http://hdl.handle.net/10400.12/3541>

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Regional Office for Europe <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326432/9789289000154-eng.pdf?sequence=1>

WHO (2012), Enfrentar o desafio da saúde da mulher em África – Resumo do relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/who_acsummary_pt-2012.pdf

WHO (2017). WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259268>

WHO - World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

WHO Labor care guide: User's manual (2020) - <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337693/9789240017566-eng.pdf?sequence=1>

WHO – Sistemas de saúde em África: percepções e perspectivas das comunidades – Relatório de um estudo multipaíses - https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese--health_systems_in_africa----2012_0.pdf

Yin, R. K. (2018). Estudo de Caso: Planejamento e Métodos (6ª ed), Porto Alegre: Bookman

Sites Consultados:

Wellbeing Foundation Africa: <https://www.wbfafrica.org/blog-node/philanthropist-toyin-saraki-her-mission-end-maternal-mortality>

PNUD Guiné-Bissau: <https://www.undp.org/pt/guinea-bissau/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel/Saúde-Bem-Estar>

AU, MNCH Status Report 2014 : https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/28074-wd-2014_status_report_on_mnch_-_portuguese_2.pdf

Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2017), Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto. <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Reflexão-para-a-construção-do-plano-de-parto-introducao.pdf>

Associação Portuguesa Pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto <https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Direitos-Universais-da-Mulher-durante-o-Parto.pdf>

IMVF - [PIMI III - Apoiar a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil, rumo a um Sistema Universal de Cobertura de Saúde na Guiné-Bissau \(imvf.org\)](#)

IMVF - [Cerimónia de lançamento do projeto “Apoiar a Saúde Reprodutiva, Materna, Neonatal e Infantil rumo a um Sistema Universal de Cobertura de Saúde na Guiné-Bissau \(PIMI III\) | 19 de julho, Bissau - IMVF - Instituto Marquês de Valle Flôr](#)

UNICEF, (2024) - [Guiné-Bissau: tornar os partos mais seguros | UNICEF Guinea-Bissau](#)

UNICEF, (2023 a) - [Uma mulher morre em cada dois minutos devido a uma gravidez ou parto: Agências da ONU \(unicef.org\)](#)

UNICEF (2023 b) - [O Banco Mundial e o UNICEF entregam 80 toneladas de medicamentos e vacinas para melhorar o bem-estar das crianças e mulheres na Guiné-Bissau](#)

IANDA Guiné - [A mulher no Programa Ianda Guiné! – Ianda Guiné \(iandaguine.org\)](#)

ANEXOS

ANEXO A – Figuras 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4



Figura 3.1. Mapa político-administrativo da Guiné-Bissau (fonte mapsofworld 2014)

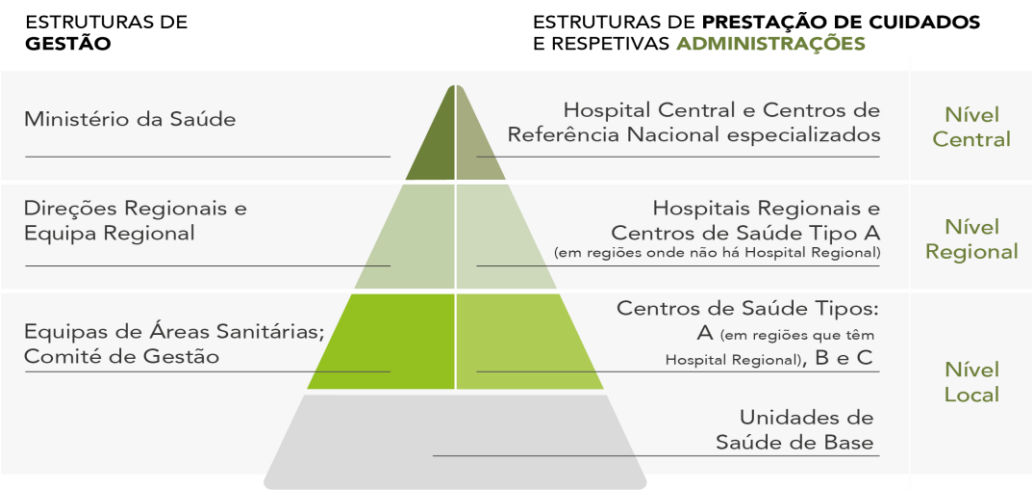


Figura 3.2. Pirâmide Sanitária da Guiné-Bissau (fonte PNDSIII, 2023)

Região	APN: Ao menos uma visita (provedor qualificado)	APN: Ao menos 4 visitas (qualquer provedor)	Assistência Qualificada no Parto	Parto Institucional	Assistência Pós-natal para a mãe <2 dias	Assistência Pós-natal para o recém-Nascido <2 dias
Nacional	97	81	54	50	53	57
Tombali	97	75	53	49	48	52
Quinara	99	75	56	48	56	57
Oio	95	71	44	34	39	41
Biombo	99	73	70	66	65	72
Bolama / Bijagós	99	80	56	53	61	70
Bafatá	99	91	44	42	43	44
Gabú	95	76	35	37	37	43
Cacheu	100	94	57	56	77	83
SAB	98	82	86	83	78	82

Figura 3.3. Quadro de visitas pré e pós-natal e assistência ao recém nascido (MICS 2018–2019)

TAXAS DE MORTALIDADE NEONATAL E DE MENORES DE 5 ANOS POR REGIÃO (PERÍODO DE DEZ ANOS ANTERIOR AO INQUÉRITO)

Região	Mortalidade Neonatal	Mortalidade de Menores de 5 Anos
Nacional	22	56
Tombali	12	42
Quinara	33	72
Oio	20	42
Biombo	38	73
Bolama / Bijagós	18	54
Bafatá	8	28
Gabú	20	106
Cacheu	10	30
SAB	28	59

Taxas de mortalidade neonatal e de menores de 5 anos (mortes por 1000 nascidos vivos) para o período de cinco anos anterior ao inquérito, por região

Figura 3.4 – Taxa de mortalidade neonatal e de menores de 5 anos (MICS 2018-2019)

ANEXO B – Caracterização da amostra

Quadro 4.2. Caracterização sociodemográfica da amostra

Código	Idade	Escolaridade	Profissão	Rendimento em Fcfa	Estado civil	Zona residencial	Língua falada
E 1	28	Curso de educadora de infância	Desempregada	0	Solteira	Rural	Crioulo
E 2	31	11.º ano	Auxiliar no Ministério de Interior – serviço fronteiras	30,000	Solteira	Rural	Crioulo
E 3	27	Curso de enfermagem	Enfermeira, em estágio	0	Solteira	Rural	Crioulo
E 4	35	Mestrado em Turismo e desenvolvimento sustentável	Agente Ministério do Turismo	350,000	Casada	Urbano	Crioulo
E 5	27	N/A	Doméstica	30,000	Solteira	Urbano	Crioulo
E 6	39	Licenciatura	Professora de ensino básico	90,000	Casada	Urbano	Crioulo
E 7	31	Licenciatura	Rececionista	100,000	Casada	Urbano	Crioulo

Quadro 4.3. Caracterização da amostra relativamente às gravidezes e partos

Código	N.º de gravidezes	Parto fora do HNSM	Parto no HNSM	Tipo de parto	Sobreviventes no HNSM	Óbito HNSM
E 1	2	1	1	Vaginal	0	1
E 2	3	2	1	Cesariana	0	1
E 3	2	1	1	Cesariana	0	1
E 4	2	1	1	Vaginal	1	0
E 5	2	1	1	Vaginal	0	1
E 6	3	2	1	Vaginal	0	1
E 7	2	1	1	Cesariana	1	0

ANEXO C – Carta ao INASA

Ao Dr. Cunha Té

Presidente da Comissão de Ética do INASA

Bissau – Guiné-Bissau

Bissau, 23 de Janeiro de 2024

Assunto: Pedido de acesso à informação e documentação

Exmo. Sr. Dr. Cunha Té,

Chamo-me Juelma Pais Quaresma Nazareth, cidadã Bissau-guineense e estudante no segundo ano do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação- ramo Comunicação e Política no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, cujo número de estudante 86636. No âmbito do Mestrado, gostaria de poder contar com o apoio da instituição, nomeadamente na disponibilização de informações e documentações relevantes para o estudo que estou a desenvolver, para o meu projeto de Mestrado, que tem por tema provisório « *O papel da comunicação como fator de melhoria na relação paciente-profissional de saúde: as perceções das parturientes da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes quanto ao seguimento do parto e pós-parto* ». O objetivo deste trabalho visa primeiramente recolher os dados referentes ao parto, entrevistar, de forma aleatória as parturientes no que diz respeito às suas experiências de parto e pós-parto na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, assim como perceber se elas têm/tiveram acesso à informação concernente a gestação, práticas que devem ser usadas durante o parto entre outras.

De salientar que, os dados recolhidos serão para o uso do trabalho académico, e os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho final de projecto do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. A recolha e utilização dos dados obedece às regras da Comissão de Ética do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa que pode a qualquer momento ser contactada por email comissao.etica@iscte-iul.pt bem como as professoras Susana Santos (susanacsantos@iscte-iul.pt) e Dulce Morgado Neves (Dulce_neves@iscte-iul.pt) orientadoras do mestrado.

Para mais informação que possa necessitar sobre este trabalho, estou disponível através dos seguintes contactos: +245 966601538 ou por e-mail juelmanazareth@gmail.com.

Sem mais assunto de momento e contando com a vossa colaboração, queira o Senhor Cunha Té aceitar os protestos da minha elevada consideração e apreço.

Cordialmente,

Juelma Pais Quaresma Nazareth

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU	
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA	
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA	
PS	25/01/2024
ADMIN	13
CICS	32
CESC/PSB	
CMT	
Nº	

ANEXO D - Carta à Direção Geral do HNSM

Ao Diretor do Hospital Nacional Simão Mendes

Bissau – Guiné-Bissau

Bissau, 27 de Maio de 2024

Assunto: Pedido de acesso à maternidade, à informação e documentação

Exmo. Sr. Diretor,

Chamo-me Juelma Pais Quaresma Nazareth, cidadã Bissau-guineense e estudante no segundo ano do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação- ramo Comunicação e Política no ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, cujo número de estudante 86636. No âmbito do Mestrado, gostaria de poder contar com o apoio do Hospital, nomeadamente na disponibilização de informações e documentações relevantes para o estudo que estou a desenvolver, para o meu projeto de Mestrado, que tem por tema provisório « *O papel da comunicação como fator de melhoria na relação paciente-profissional de saúde: as perceções das parturientes da maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes quanto ao seguimento do parto e pós-parto* ». O objetivo deste trabalho visa primeiramente recolher os dados referentes ao parto, entrevistar, de forma aleatória as parturientes no que diz respeito às suas experiências de parto e pós-parto na maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes, assim como perceber se elas têm/tiveram acesso à informação concernente a gestação, práticas que devem ser usadas durante o parto entre outras.

De salientar que, os dados recolhidos serão para o uso do trabalho académico, e os resultados do estudo serão apresentados no âmbito da apresentação do Trabalho final de projecto do Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias da Informação, nunca sendo os participantes identificados de forma individual. A recolha e utilização dos dados obedece às regras da Comissão de Ética do ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa que pode a qualquer momento ser contactada por email comissao-etica@iscte-iul.pt bem como as professoras Susana Santos (susanacsantos@iscte-iul.pt) e Dulce Morgado Neves (Dulce.Neves@iscte-iul.pt) orientadoras do mestrado.

Para mais informação que possa necessitar sobre este trabalho, estou disponível através dos seguintes contactos: +245 966601538 ou por e-mail juelmanazareth@gmail.com.

Sem mais assunto de momento e contando com a vossa colaboração, queira o Senhor Diretor aceitar os protestos da minha elevada consideração e apreço.

Cordialmente,

Juelma Pais Quaresma Nazareth



ANEXO E – Autorização para a observação direta nos espaços internos e externos da maternidade



GOVERNO DA
GUINÉ-BISSAU

REPÚBLICA DAGUINÉ - BISSAU
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES
SERVIÇO RECURSOS HUMANOS

AUTORIZAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que a **Sra. Juelma Pais Quaresma Nazareth**, estudante no segundo ano do Mestrado em comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação-ramo Comunicação e Política no ISCTE Instituto Universitário de Lisboa, está autorizada a fazer observação direta com fotografias no serviço da Maternidade do Hospital Nacional Simão Mendes .

Por ser verdade e a pedido da interessada, passa-se a presente autorização, para devidos efeitos, que vai devidamente assinado e autenticado com o carimbo a óleo em uso nesta Instituição.

Serviço de Rec. Humanos do HNSM em Bissau, 03 de junho de 2024.

O Responsável do Departamento de
Estágio Estudo e Desenvolvimento de
Recursos Humanos

MUSSA IANGA



ANEXO F – Fotografias



Fotografia 4.1. Entrada Principal do HNSM



Fotografia 4.2. Parte exterior da maternidade



Fotografia 4.3. Parte exterior da maternidade – informações aos utentes



Fotografia 4.4. Arte urbana no exterior da maternidade



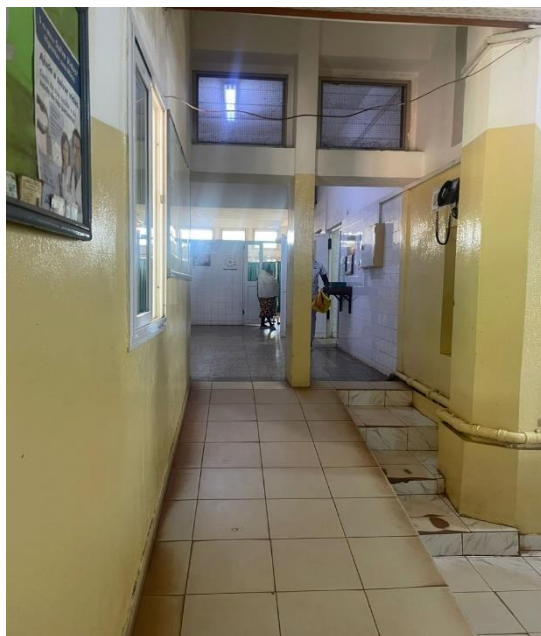
Fotografia 4.5. Arte urbana no exterior da maternidade



Fotografia 4.6. Local destinado aos acompanhantes das parturientes



Fotografia 4.7. Entrada da maternidade, com a sala de triagem



Fotografia 4.8. Vista para a sala de observação



Fotografia 4.9. Sala para realização de parto vaginal



Fotografia 4.10. Sala pós-parto vaginal



Fotografia 4.11. Sala pós-parto cesariana



Fotografia 4.12. Comunicação impressa



Fotografia 4.13. Cartaz de incentivo à amamentação



Fotografia 4.14. Cartaz de incentivo à amamentação.



Fotografia 4.15. Orientações sobre autoproteção contra a Covid19



Fotografia 4.16. Cartaz com orientação sobre higienização das mãos



Fotografia 4.17. Cartaz sobre Ébola



Fotografia 4.18. Cartaz sobre Ébola