



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**A VIVÊNCIA DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO
NO PERÍODO PANDÉMICO COVID-19 NUMA AMOSTRA DA
POPULAÇÃO PORTUGUESA.**

Filipa Raquel Monteiro de Almeida Vinhas

Coimbra, novembro 2022



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

A VIVÊNCIA DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO NO PERÍODO
PANDÉMICO COVID-19 NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA.

Filipa Raquel Monteiro de Almeida Vinhas

Orientadora: Professora Doutora Júlia Maria das Neves Carvalho, Professora
Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Mestre Teresa Maria Campos Silva, Professora Adjunta da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Coimbra, novembro 2022

“Para Mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer.”

Michel Odent

Ao Miguel,

pelo apoio, incentivo, amor e carinho em todo o
percurso académico.

À Constança e à Madalena,

que acompanharam de perto todo o percurso
académico, e que, mesmo sem saberem, muito
contribuíram para o seu término.

À Adosinda e ao Tó Zé,

por todo o apoio e compreensão dos momentos
de ausência no seio familiar.

AGRADECIMENTOS

A todas as mulheres que fizeram parte integrante da investigação pela disponibilidade e colaboração.

Às mulheres e bebés com os quais me fui cruzando ao longo deste percurso.

À instituição Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Maternidade Dr. Daniel de Matos pela oportunidade de campo de estágio.

Aos profissionais de saúde da Unidade de saúde familiar Pulsar que contribuíram para o meu crescimento profissional.

Às Enfermeiras tutoras dos locais de estágio por onde tive o privilégio de passar, pelos ensinamentos e acolhimento.

Às Professoras da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pela orientação pedagógica na componente de estágio e na componente de investigação.

À minha família,

Ao meu marido Miguel um agradecimento especial, pela partilha de responsabilidades parentais, compreensão, pelas coisas boas e banais que pôs de lado para me apoiar. Pelos momentos de ausência e a sua aceitação incondicional e o desejo de um rápido retorno por inteiro. Pelo seu constante amor, e por todas as coisas que não são possíveis descrever, apenas sentir.

Às minhas filhas um obrigado gigante, por terem mudado a minha vida para sempre e tolerarem as brincadeiras adiadas. Ensinaram-me a ser mãe a cada dia, abrindo novas zonas de sentido jamais pensadas antes.

Um Muito Obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

BP - Bloco de Partos

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

IG – Internamento de Grávidas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

CTG – Registo Cardiotocográfico

RN – Recém-nascido

TP – Trabalho de Parto

UCIRN - Unidade de cuidados intensivos do recém-nascido

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

UO - Urgência obstétrica

WHO – World Health Organization

RESUMO

Enquadramento: A presente investigação surge de um acontecimento que influenciou a vida/saúde de todos (pandemia provocada pelo vírus SARS-Cov 2), alterando por completo o dia a dia da população e das diversas sociedades a nível mundial. A informação científica existente no contexto de gravidez era ainda escassa no primeiro semestre de início da pandemia. Essa mesma ausência de conhecimento, abriu portas para a incerteza, provocando ansiedade e receio a todos os que lidam com esta nova pandemia e por vezes, o excesso de zelo acabou por prejudicar os cuidados de saúde, colocando muitas vezes em causa os direitos da pessoa, e neste caso em particular da mulher durante o parto. Assim, na primeira parte do presente trabalho será efetuada uma reflexão sobre as aprendizagens efetuadas em contexto de estágio e, por sua vez, na segunda parte será descrita a componente investigativa deste percurso formativo.

Objetivos: Refletir sobre as competências do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica adquiridas ao longo da componente de estágio. Na componente investigativa: descrever a vivência da mulher na fase final da gravidez, como preparatória para o trabalho de parto no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa. Descrever a vivência da mulher durante o trabalho de parto no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa.

Metodologia: A presente investigação apresenta-se como um estudo de nível 1 de natureza qualitativa e do tipo exploratório-descritivo de Amostragem do tipo não probabilística em bola de neve, constituídas por 24 mães com experiência de parto no período pandémico Covid-19. A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista semi-estruturada e do preenchimento de um formulário com dados relativos à caracterização sociodemográfica e dados relativos ao decurso da gravidez e do parto. No final os dados resultantes das entrevistas foram tratados de acordo com Análise de Conteúdo de Bardin.

Resultados: Da análise de resultados emergiram quatro (4) categorias e quatorze (14) subcategorias, que se apresentam como: a “procura do conhecimento sobre a pandemia Covid-19”, as “expectativas de um momento positivo”, os “medos e receios” e a

“experiência de parto” vivenciada pelas mães no decurso do seu processo de trabalho de parto.

Conclusão: Da componente de estágio faz-se um balanço rico e extremamente positivo. Da componente investigativa. Relativamente à componente investigativa, foi possível compreender qual a origem do conhecimento (relativo à pandemia Covid-19) que as primíparas possuíam, quais as suas expectativas em relação ao parto, quais os seus medos e receios e a experiência efetiva de parto. Importa referir que um número significativo de mães, não puderam vivenciar o trabalho de parto, tal como tinham previsto e idealizado, sendo que a presença de acompanhante/familiar de referência e o contacto direto com o bebé ficou bastante comprometido. Foi de igual forma possível compreender o papel, a importância e a necessidade de intervenção do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no período do trabalho de parto e parto perante a situação pandémica por Covid-19.

Palavras-chave: *Parto; Trabalho de parto; Covid-19; Vivência; Enfermeiro especialista de enfermagem de saúde materna e obstétrica; EEESMO*

ABSTRACT

Framework: The present investigation arises from an event that influenced everyone's life/health (pandemic caused by the SARS-Cov 2 virus), completely changing the daily lives of the population and different societies worldwide. Existing scientific information in the context of pregnancy was still scarce in the first semester of the beginning of the pandemic. This same lack of knowledge has opened the door to uncertainty, causing anxiety and fear for all those dealing with this new pandemic and, sometimes, excess zeal has ended up harming health care, often jeopardizing the rights of the person. , and in this particular case of the woman during childbirth. Thus, in the first part of this work, a reflection will be made on the learning carried out in the internship context and, in turn, in the second part the investigative component of this training course will be described.

Objectives: To reflect on the skills of the Midwife acquired during the internship component. In the investigative component: describe the experience of women in the final stage of pregnancy, as a preparation for labor in the Covid-19 pandemic period, in a sample of the Portuguese population. To describe the experience of women during labor in the Covid-19 pandemic period, in a sample of the Portuguese population.

Methodology: The present investigation is presented as a level 1 study of a qualitative nature and of an exploratory-descriptive type of non-probabilistic snowball sampling, consisting of 24 mothers with childbirth experience in the Covid-19 pandemic period. Data collection was carried out through a semi-structured interview and the completion of a form with data relating to sociodemographic characteristics and data relating to the course of pregnancy and childbirth. At the end, the data resulting from the interviews were treated according to Bardin's Content Analysis.

Results: From the analysis of results, four (4) categories and fourteen (14) subcategories emerged, which are presented as: the “search for knowledge about the Covid-19 pandemic”, the “expectations of a positive moment”, the “fears and fears” and the “birth experience” experienced by mothers in the course of their labor process.

Conclusion: From the internship component, a rich and extremely positive balance is made. From the investigative component. Regarding the investigative component, it was

possible to understand the origin of the knowledge (related to the Covid-19 pandemic) that primiparous women had, what are their expectations regarding childbirth, what are their fears and fears and the actual experience of childbirth. It is important to mention that a significant number of mothers were not able to experience labor, as they had foreseen and idealized, and the presence of a companion/relative of reference and direct contact with the baby was quite compromised. It was also possible to understand the role, importance and need for intervention of the Midwife in the period of labor and delivery in the face of the pandemic situation by Covid-19.

Keywords: *Childbirth; labor; Covid-19; Experience; Midwife; Specialist nurse in maternal and obstetric health nursing*

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Áreas de atividade de intervenção do EEESMO: Competências comuns e específicas	30
Figura 2: Processo de análise de conteúdo	67
Figura 3: Nuvem de palavras	71
Figura 4: Organigrama da categorização.....	73
Figura 5: Representação gráfica da vivência do parto pelas mães	83
Figura 6: Representação gráfica dos profissionais intervenientes no trabalho de parto das mães	88

LISTA QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Correlação da análise de conteúdo de Bardin com utilização do programa Nvivo	65
Quadro 2: Dados Sociodemográficos das mães	69
Quadro 3: Dados relativos ao percurso da gravidez e parto das mães.....	70
Quadro 4: Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas às mães.....	72

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	25
Parte I - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	29
1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ESTÁGIO COM VISTA À AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS	31
1.1. UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA REGIÃO CENTRO	31
1.2. SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA DUMA MATERNIDADE DA REGIÃO CENTRO.....	32
1.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS, SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS DUMA MATERNIDADE DA REGIÃO CENTRO	33
2 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS DIVERSOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS COM VISTA À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	35
2.2. DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE	38

PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA - A VIVÊNCIA DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO NO PERÍODO PANDÉMICO COVID-19, NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA	51
1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO FENÓMENO	51
1.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES - TRANSIÇÃO DO PRÉ-NATAL PARA O PÓS-NATAL SEGUNDO A TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE MELEIS	51
1.1.1 Natureza das transições	52
1.1.2 Condicionantes facilitadoras e inibidoras da transição	53
1.1.3. Padrões de resposta	53
1.1.4. Intervenção terapêutica de enfermagem - transição do pré-natal para o pós-natal	54
1.2 ABORDAGEM TEÓRICA COVID-19	55
1.2.1. Etiologia Covid-19	55
1.2.1. Período pandémico Covid-19	56
1.2.3 - Pertinência do estudo em relação ao período pandémico por Covid-19 ...	56
1.2.4 Gravidez e parto - Correlação com o surto pandémico Covid-19	57
2 – METODOLOGIA	59
2.1. TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	59
2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	60
2.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	61
2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	63
2.5. TRATAMENTO DOS DADOS	64
3 - RESULTADOS	69

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	69
3.2. ESTUDO DA FREQUÊNCIA DE PALAVRAS	71
3.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	72
3.3.1 Procura de conhecimento sobre Covid-19	73
3.3.2 Expectativa de um momento positivo	76
3.3.3. Medos e receios	79
3.3.4. Experiência de parto	81
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	105

APÊNDICES

APÊNDICE I – Parecer da COMISSÃO DE ÉTICA da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra N° 681/06-2020

APÊNDICE II – Folha de consentimento informado

APÊNDICE III – Cronograma de atividades

APÊNDICE IV – Guião da entrevista semi-estruturada

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é recente enquanto profissão, mas como forma de estar e de atuar, existe desde que há um ser humano que sofre e perante ele, um outro que pretende ajudar. Apesar da origem modesta, a Enfermagem percorreu um longo caminho até adquirir a notabilidade e a importância de que desfruta atualmente. Para tal, terá contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação. À medida que os enfermeiros foram recebendo uma formação mais profunda e academicamente elevada, foram surgindo também os estudos de investigação (Martins, 2008).

O mesmo autor defende que é reconhecida a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e, ainda, para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, oferecendo um forte contributo para a sua visibilidade social.

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Equacionando aquilo que faz, refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate (Martins, 2008).

Em 2006, a Ordem dos Enfermeiros define quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

No decurso da gravidez e puerpério, a mulher é sujeita a modificações de natureza multifatorial, as quais implicam intensas adaptações e transformações na sua vida de índole biopsicossocial. Para atingir o equilíbrio, sem incorrer em desvios da normalidade e valorizando a sua individualidade, a mulher necessita de se adaptar e ajustar às transições que experiêcia, reestruturando as suas conceções mentais, a par com a sua adaptação fisiológica (Lowdermilk & Perry, 2008; Nené et al., 2016). A mulher, por vivenciar todas as mudanças e a própria transição durante o trabalho de parto (TP), é

facilmente suscetível de desenvolver algum transtorno psicológico dependendo da vivência advinda desta fase (M. Silva et al., 2016). Esta transição pode condicionar todo o seu relacionamento futuro com a criança, cônjuge e até família mais próxima, tendo especial implicância no bem-estar e desenvolvimento mental e relacional da criança (Cêpeda et al., 2005; Soares et al., 2018).

Perante a situação de Pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2 em Portugal, traduzida na doença Covid-19, vários fatores potenciadores de uma experiência positiva de TP foram postos em causa em prol da tentativa de proteção das grávidas, RN's e profissionais de saúde face à infeção (Davis-Floyd et al., 2020). As orientações reguladoras da prática clínica na área da obstetrícia, foram publicadas após um longo tempo de reflexão pelas entidades competentes, traduzindo-se em práticas distintas pelas instituições pertencentes ao território nacional durante esse período. A primeira orientação, no âmbito da pandemia, da Direção Geral da Saúde (DGS) para a prática clínica na área da gravidez e parto foi publicada no dia 30 de março de 2020 (Nº018/2020) com informações distintas das orientações provenientes da OMS, lançadas a 18 de março de 2020, baseadas nos mais recentes estudos e comprovações da prática obstétrica em saúde a nível global (DGS, 2020; WHO, 2019). Mais tarde, foi publicada uma nova orientação por parte da DGS relativa aos cuidados ao RN na maternidade (Nº 026/2020) com informações também distintas às previamente apresentadas na primeira orientação da DGS, contudo com diretrizes mais aproximadas do respeito pela vivência de TP positiva (DGS, 2020).

O impacto da pandemia foi significativo nas maternidades portuguesas e a intervenção dos profissionais de saúde não foi suficiente para aclamar a todos os direitos que as mulheres devem usufruir nesta fase do ciclo vital. Qual a conduta a seguir? Quais as adaptações necessárias? Estas foram e devem ser as questões fundamentais na mente de todos os intervenientes no cuidado em saúde, para que o impacto negativo da pandemia Covid-19 nos seus prejuízos a longo prazo na vida da mulher/RN/família tivesse sido minimizado.

Na evidência científica consultada sobre a temática em estudo, verificou-se que todos os fatores que influenciam o momento do TP estão intrinsecamente associados e são suscetíveis de influenciar a qualidade da experiência, que por sua vez pode influenciar a satisfação da mulher, no TP durante o período Pandémico Covid-19 (Davis-Floyd et al., 2020; Kempe & Vikström-Bolin, 2020).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é o elemento de ligação ao casal grávido, altamente qualificado para estar atento às exigências emocionais da mulher durante o TP. Este é capaz de informar os futuros pais sobre a importância do bem-estar fetal e desenvolver com eles estratégias que deem suporte às competências práticas e emocionais, facilitando o vínculo pais-bebé no TP. A consistência e equilíbrio dos cuidados do EEESMO no acompanhamento durante o TP, a interação assertiva com a grávida e a relação empática estabelecida são fatores cruciais para o empoderamento psíquico e emocional da mulher, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida (Cêpeda et al., 2005).

Em suma, refletindo sobre o papel do EEESMO, este verifica-se como sendo um profissional único, capaz de desempenhar um trabalho altamente específico e individualizado com a mulher, tendo por base os enunciados descritivos dos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (Nunes et al., 2005).

Tendo em conta o quanto limitante poderá ser (vivência negativa da fase do trabalho de parto e parto), é fulcral a existência de uma equipa de saúde que trabalhe junto da mulher grávida e respetiva família, onde se destaca sobretudo as intervenções do EEESMO.

Neste contexto, o desenvolvimento do presente estudo ***“A vivência da mulher durante o TP no período pandémico Covid-19 numa amostra da população portuguesa”*** insere-se na sequência do Plano Curricular do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica¹ para atribuição do título de Mestre pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

A escolha desta temática deveu-se ao facto de ser uma área de interesse pessoal e profissional e, também devido à carência de estudos científicos neste âmbito, principalmente a nível nacional.

O mesmo fundamenta-se e orienta-se essencialmente para encontrar resposta para as questões de investigação: *De que forma é que as mulheres vivenciaram a fase final da gravidez, como preparatória para o TP no período pandémico?*

De que forma é que as mulheres vivenciaram o TP durante o período pandémico?

Para dar resposta a estas questões definiram-se os seguintes objetivos:

¹ (Decreto de Lei no3410/2019, 2019)

- ✚ Descrever a vivência da mulher na fase final da gravidez, como preparatória para o TP no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa.
- ✚ Descrever a vivência da mulher durante o TP no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa.

Com base nas questões de investigação e nos objetivos propostos, foram delineadas linhas metodológicas, com a escolha de uma metodologia de cariz qualitativo, de carácter descritivo e exploratório recorrendo à entrevista não estruturada como instrumento de recolha de dados e à análise de conteúdo como técnica de análise de dados.

O presente estudo encontra-se estruturado e organizado em duas partes distintas. A Parte I corresponde à componente estágio desenvolvida em contextos clínicos e subdivide-se em 2 capítulos. No primeiro capítulo é abordada a caracterização do contexto de estágio. No segundo capítulo são apresentadas as atividades realizadas com vista a atingir as competências do EEESMO expressas pela ordem dos Enfermeiros. A Parte II subdivide-se em quatro capítulos. O primeiro capítulo engloba o enquadramento conceptual do fenómeno em estudo, realizando um breve abordagem teórica e devida contextualização do estudo. Num segundo capítulo é exposto o enquadramento metodológico, onde são abordados: tipo de estudo, objetivos e questões de investigação; participantes, procedimentos e recolha de informação, procedimentos formais e éticos e por fim o tratamento de dados. No terceiro capítulo apresentam-se e analisam-se os resultados frutos da investigação. No último capítulo relaciona-se os resultados obtidos com evidência científica e trabalhos de autores com devido reconhecimento. Finalizar-se-á este relatório com a conclusão.

Deste modo, a investigadora está convicta que a descrição do fenómeno em análise, pode contribuir para a melhoria das práticas dos EEESMO na assistência ao TP de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva em situação de Pandemia (Abdollahpour & Khadivzadeh, 2020; WHO, 2019).

A organização do presente documento segue as normas do guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e, ainda, as referências bibliográficas cingem-se às normas da 6ª edição da American Psychological Association (APA, 2012).

PARTE I - AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO/A ENFERMEIRO/A ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

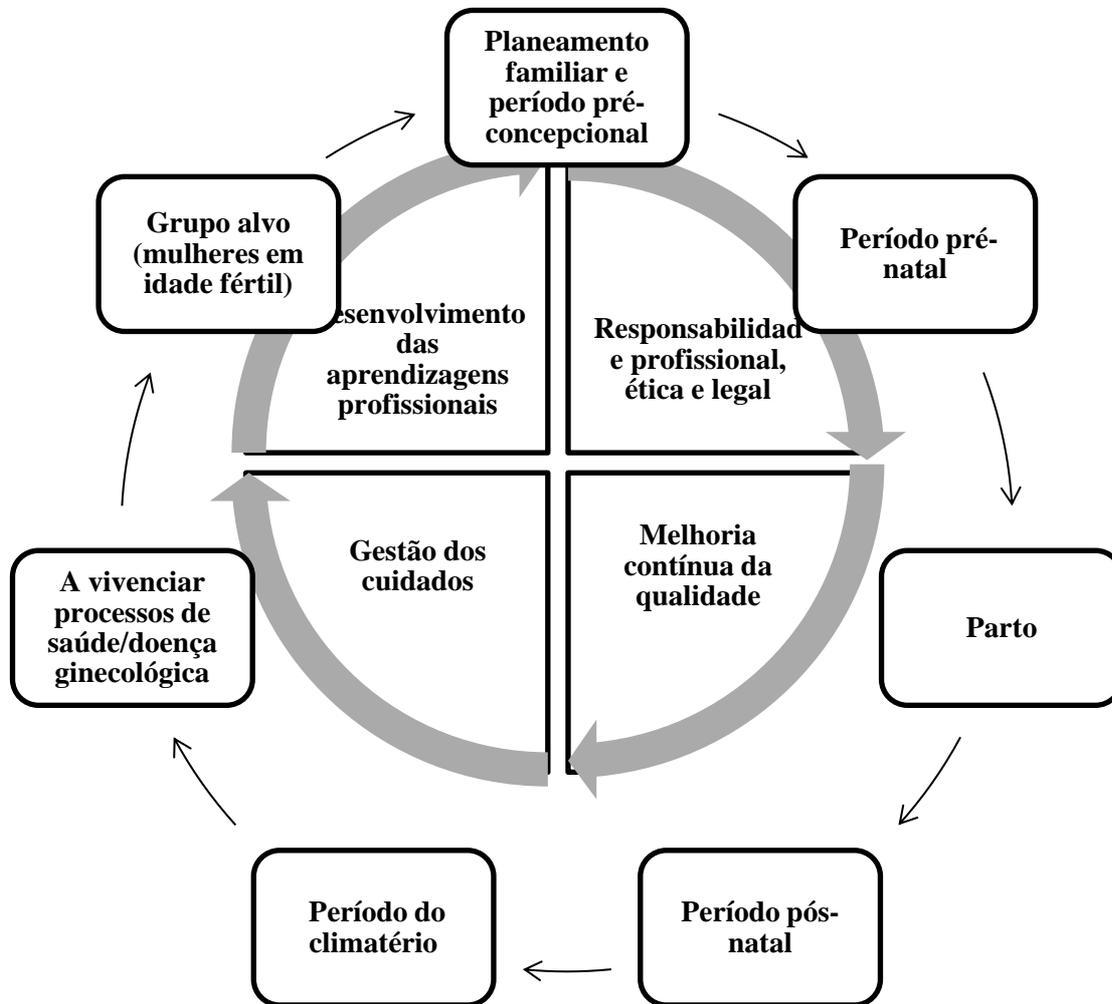
É espectável que a estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no final da unidade curricular Estágio com Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, esteja apta a desenvolver e revelar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as Competências Específicas do EEESMO.

O ER faz parte integrante da formação em Enfermagem Especializada, sendo fundamental para o desenvolvimento das diversas unidades de competência.

De acordo com Cunha, et al (2010), este estágio é um tempo privilegiado de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação que se destina a complementar a formação teórico-prática promovendo igualmente o encontro entre a futura EEESMO, os/as enfermeiros tutores e as professores, num contexto de trabalho, procurando-se a qualidade da prática de cuidados e o desenvolvimento de capacidades de análise crítica e reflexiva.

Apresenta-se na imagem 1, as áreas de atividade de intervenção do EEESMO desenvolvidas durante o período de estágio, que visam o acompanhamento da mulher ao longo do seu ciclo vital, inserida na família, no domínio das competências comuns e das competências específicas do EEESMO (Diário da República, N.º 85, 2019)

Fig.1: Áreas de atividade de intervenção do EEESMO: Competências comuns e específicas



Nesta primeira parte iremos desenvolver a componente estágio que decorreu em diferentes contextos clínicos e subdivide-se em 2 capítulos. No primeiro capítulo é abordada a caracterização do contexto de estágio. No segundo capítulo são apresentadas as atividades realizadas com vista a atingir as competências do EEESMO expressas pela ordem dos Enfermeiros.

1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ESTÁGIO COM VISTA À AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS

O período de estágio decorreu durante dois anos, em momentos interpolados e em locais diferentes, de acordo com o descrito no Plano Curricular do Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para atribuição do título de Mestre pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Diário da República, 2019).

Perfizeram cerca de trinta e quatro semanas de prática *in loco*, percorrendo diversas unidades de saúde, entre as quais, uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e um serviço de consultas externas numa Maternidade da região Centro (catorze semanas). Nestas realizou-se o estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Comunidade. Além do referido, realizaram-se ainda 20 semanas de estágio, num serviço de internamento de grávidas (IG), num serviço de urgência obstétrica (UO) e num serviço de Bloco de Partos (BP), referentes ao estágio de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na Maternidade.

Neste capítulo é realizada uma abordagem da caracterização dos contextos de estágio, subdividindo-se em três subcapítulos correspondentemente, a unidade de saúde familiar, seguindo-se do serviço de consulta externa e por último os serviços de IG, UO e BP.

1.1. - UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR DA REGIÃO CENTRO

Uma USF consiste numa estrutura organizacional do Serviço Nacional de Saúde (SNS), inserido na área dos Cuidados de Saúde Primários, com autonomia de gestão técnica-assistencial, que visa essencialmente a melhoria do nível de saúde da população inscrita, melhorando a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

A USF tem como objetivo primordial a melhoria dos níveis de saúde dos seus utentes, prestando cuidados personalizados com qualidade, segurança, eficiência e efetividade, de modo a atingir aquilo a que se propõe, compromete-se a promover a saúde, prevenir/tratar a doença e reabilitar, numa perspetiva holística do indivíduo. Esta unidade atua em diversas áreas, das quais Saúde da Mulher (Saúde Materna, Planeamento Familiar e

Período do Climatério). Esta USF é constituída por uma equipa multidisciplinar da qual faz parte uma EEESMO. Durante o acompanhamento da EEESMO/ tutora, existiu a oportunidade de observar atentamente as inúmeras atividades de cuidados de Saúde da Mulher, cuja intervenção é preponderante para a vida das mesmas.

1.2- SERVIÇO DE CONSULTA EXTERNA DUMA MATERNIDADE DA REGIÃO CENTRO

O serviço de consulta externa assegura cuidados diferenciados à mulher grávida e não grávida, crianças e famílias, direcionando-se especificamente para a população com patologia associada. Este é um serviço que se encontra em articulação com as unidades de saúde na comunidade a fim de garantir a continuidade de cuidados referida pelo SNS. Estruturalmente encontra-se dividido em três secções: Ecografia, Consulta de Obstetrícia e Consulta de Pediatria.

Da equipa multidisciplinar fazem parte cinco EEESMO, uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e duas enfermeiras generalistas.

As consultas que se realizam neste serviço são as seguintes:

- Consultas de gravidez de baixo risco;
- Consulta de gravidez múltipla;
- Diagnostico pré-natal;
- Planeamento familiar;
- Aconselhamento de interrupção voluntária da gravidez (IVG);
- Consulta de patologia de Cardiologia na gravidez;
- Consulta de patologia de Endocrinologia na gravidez;
- Consulta de patologia de cervico-vulvar;
- Consulta de patologia Infeciosa;
- Consulta de patologia de Nefrologia.

As atividades preconizadas na consulta de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica são as seguintes:

- Acolhimento da grávida e acompanhante na consulta;
- Avaliação dos parâmetros vitais;
- Colheitas de espécimes para análise;

- Registo Cardiotocográfico (CTG) e auscultação cardíaca fetal (ACF);
- Desenvolvimento de estratégias individuais ou em grupo tendo em vista este processo de transição;
- Promoção de uma alimentação equilibrada;
- Promoção e apoio ao aleitamento materno;
- Orientação para o TP;
- Visita ao BP;
- Orientação para o regime terapêutico.

O volume e tipologia de consultas de patologias da gravidez neste serviço é elevado, tornando-se este, um local de estágio privilegiado e de extrema importância para aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências.

1.3. SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS, SERVIÇO DE URGÊNCIA OBSTÉTRICA E SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS DUMA MATERNIDADE DA REGIÃO CENTRO

Sendo considerada uma maternidade central, integra-se na Rede de Referência Materno-Infantil como hospital de apoio perinatal diferenciado para as unidades de saúde na comunidade da área de influência geográfica.

A maternidade encontra-se estruturalmente dividida em 5 pisos: o serviço de Consulta Externa e serviço de Urgência Obstétrica (rés do chão); serviço de internamento de grávidas e BP (primeiro piso); serviço de Puerpério e Bloco Operatório (2º piso); serviço de Cirurgia Obstétrica e Unidade de Cuidados Intensivos do recém-nascido (UCIRN) (3º piso). O quarto piso encontra-se destinado a alojar mães e puérperas que se encontrem deslocadas do seu domicílio, a fim de apoiarem os seus bebés que estejam internados na UCIRN.

O ponto de partida de admissão das utentes, é realizado através do serviço de urgência da Maternidade, incluindo as utentes provenientes de outras unidades hospitalares.

No que concerne ao internamento de grávidas, estas são encaminhadas de acordo com, as condicionantes clínicas adjacentes, permitindo ao serviço rentabilizar o espaço físico de forma a priorizar o bem-estar das mesmas e a sua própria vigilância. Nesta unidade

existem quartos próprios para as situações de indução de parto, pré-parto e patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.

A transferência das utentes em TP, concretiza-se do serviço de internamento de grávidas para o BP, sendo que posteriormente estas são encaminhadas para os serviços de internamento de puerpério.

Nas situações em que se verifique que os RN's necessitem de cuidados intensivos especializados, estes são transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Este transporte é realizado, sempre que necessário, em incubadora e é assegurado pelo EEESMO e Pediatra.

2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS DIVERSOS CONTEXTOS DE ESTÁGIOS COM VISTA À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A frequência do ciclo de estudos de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi de extrema relevância para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimento, para a consecução das competências necessárias ao EEESMO.

Nestes estágios foi possível:

- Desmistificar a veracidade/falsidade de concepções do “senso comum”, com maior incidência nas fases de pré concepção, gravidez, parto, puerpério e período neonatal;
- Certificar conhecimentos e habilidades, através de autoformação por parte da investigadora;
- Expandir conhecimentos sobre temáticas atuais, que incitam à reflexão sobre a prática clínica, para a promoção de boas práticas clínicas no exercício das funções do EEESMO;
- Praticar em contexto clínico procedimentos passíveis de serem realizados autonomamente pelo EEESMO, ou em regime de interdependência com profissionais especializados nas mais variadas áreas (Saúde Materna e Obstetrícia; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Mental e Psiquiátrica).

O presente capítulo subdivide-se em dois subcapítulos que visam dar a conhecer o percurso realizado no atingir das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

2.1 - DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O percurso letivo permitiu a frequência do estágio de ESMO na comunidade e o estágio de Enfermagem na Maternidade. Nestes contextos, foi possível desenvolver e aprimorar as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista de acordo com o Regulamento nº 140/2019 do DR 2º Série – Nº 26 de 6 fevereiro, que reporta ao “*Regulamento das*

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, realizado pela Ordem dos Enfermeiros.

O Enfermeiro Especialista nas diversas áreas partilha um conjunto de competências comuns, que “(...) *envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.*”(Decreto de Lei n.o 391/2019, 2019).

No percurso efetuado, foi possível desenvolver os seguintes domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, procurando dar resposta às competências que os constituem:

Responsabilidade profissional, ética e legal:

Na execução das práticas, considerou-se sempre os pressupostos éticos e legais na área de ESMO e a deontologia profissional, tendo por base os direitos humanos e responsabilidades acrescidas inerentes. Desenvolveram-se diversas intervenções de enfermagem especializada, com responsabilidade e dedicação, respeitando o conteúdo da informação sigilosa e demonstrando um comportamento de respeito pela intimidade e individualidade da mulher e respetiva rede de apoio, em todos os estágios efetuados.

Neste contexto, recorde um episódio no âmbito da interrupção voluntária da gravidez que suscitou inquietação, pois o recurso a este procedimento era entendido como “método contraceutivo”, utilizado pela terceira vez. Face à situação, procurei entender como profissional a decisão da mulher, proporcionando cuidados seguros e promovendo as boas práticas em contraceção.

Melhoria contínua da qualidade:

Procurou-se conhecer os projetos institucionais e os programas de melhoria continua da USF na comunidade e nos serviços de Consulta Externa, de IG e de BP numa Maternidade da região centro.

A fim de contribuir para um maior crescimento profissional e ir ao encontro da consecução desta competência, desenvolveu-se, com o intuito de posterior implementação, um projeto inspirado no documento da DGS, “*Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*”, durante o bloco de estágio na USF. De igual forma, foi possível planear uma intervenção educativa com o tema: “*Fadiga no Puerpério*

e *Sono do Bebê*”, durante o bloco de estágio de ESMO na comunidade, às puérperas da USF. No mesmo contexto, foram elaborados folhetos informativos periódicos dirigidos à população assistida.

No âmbito do estágio de Enfermagem na Maternidade e com vista à melhoria das práticas das/os enfermeiras/os, foi possível a colaboração na concretização e partilha de um documento interno sobre a “*Perda Gestacional*”, necessidade sentida no âmbito da formação em serviço.

Tendo em conta que o enfermeiro especialista deve garantir um ambiente terapêutico e seguro, procurou-se nos diversos contextos identificar a identidade cultural e as necessidades da mulher/ família, de modo a promover um ambiente gerador de segurança e proteção dos mesmos. Atuou-se sempre tendo por base uma visão holística da mulher/ família, inserida na comunidade ao longo do seu ciclo vital.

Participou-se na gestão do risco com a colaboração na elaboração de um documento da USF relativo à definição de recursos adequados para a prestação de cuidados.

Gestão dos cuidados:

No desenvolvimento das intervenções autónomas, nos diversos contextos de estágio, procurou-se otimizar as respostas às necessidades identificadas, garantindo a segurança dos cuidados e adaptar a gestão dos recursos.

A articulação e a gestão dos cuidados prestados foram experienciadas através do “negociar com” e “referenciar para” outros profissionais de saúde, desenvolvendo uma relação profissional com base na confiança e respeito mútuo para o bem da mulher/ família alvo de cuidados.

Foi possível acompanhar os enfermeiros na gestão do tempo de trabalho e dos recursos necessários, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

No contexto deste domínio, procurou-se desenvolver a assertividade a partir da procura de evidência científica e o autoconhecimento a partir do conhecimento de si mesma na relação com a mulher/ família.

Demonstrou-se a existência de capacidade de autocrítica e reflexão, aceitando as críticas como motes para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do desempenho nas práticas de enfermagem especializada.

Consolidaram-se conhecimentos previamente adquiridos em componente teórica, investindo na autoformação de forma a estimular o pensamento crítico.

Desenvolveram-se competências comunicacionais e práticas especializadas, decorrentes da experiência com base na evidência científica, fundamentais para o futuro exercício.

Sendo as competências comuns partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, de seguida iremos apresentar o desenvolvimento das competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde na área de ESMO, nos diversos contextos de estágio vivenciados.

2.2- DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Considerando o Regulamento N°391/2019, que reporta ao “*Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*”, publicado em Diário da República a 3 de maio de 2019 pela Ordem dos Enfermeiros, apresentar-se-á de seguida de que forma as Competências do EEESMO foram desenvolvidas ao longo dos diversos estágios².

- ✚ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concepcional

Esta competência foi desenvolvida no estágio de ESMO na comunidade, de modo a promover gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.

Em ambiente de cuidados de saúde primários, foi possível participar e conduzir múltiplas consultas de planeamento familiar. Nestas, foram realizados rastreios do cancro do colo do útero, bem como ensinamentos oportunos acerca de anticoncecionais, comportamentos de risco, auto-palpação da mama, entre outros. Durante o estágio, foi possível observar que o EEESMO desempenha um papel preponderante na comunidade, visto que compete a este a responsabilidade de identificar e convocar as utentes alvo dos seus cuidados. Desta

² (Decreto de Lei n.º 391/2019, 2019)

forma, a sua atuação centra-se na prevenção e promoção de hábitos saudáveis relacionados com a saúde e a contraceção na mulher.

Na comunidade, foi possível verificar que várias utentes não tinham conhecimento da consulta pré-concepcional, uma vez que o primeiro contacto seria em âmbito de consulta de vigilância pré-natal.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Ao longo dos estágios de ESMO na comunidade e de Enfermagem na Maternidade, a procura constante para atingir as competências específicas, promoveram um autorreflexão constante com base na evidência científica e nas práticas em uso.

No cuidar da mulher durante o período pré-natal, considerou-se a abordagem holística da mulher e da família. O conhecimento da história de vida da pessoa em questão, permite identificar situações de risco e ou de intervenção imediata, que de outra forma não seria possível. Considera-se que a doença não é somente unicausal (como visto no modelo biomédico), mas sim como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais. Ao pensar desta forma (visão holística), não só nas suas relações e no seu estado emocional, mas também na sua componente biológica e individual, proporciona-se uma assistência mais individualizada.

Procurou-se intervir na promoção de saúde pré-natal, através da realização de ensinamentos sobre a diabetes gestacional: forma correta da monitorização da glicemia, alimentação e hábitos de vida saudáveis (em parceria com a nutricionista) e modo de atuação em caso de hipoglicémia ou hiperglicémia.

Procurou-se igualmente promover uma transição positiva de saúde/gravidez/doença, utilizando-se estratégias como a interligação entre serviços, a promoção da visita à sala de partos, articulação com os enfermeiros do bloco operatório de obstetrícia em cesarianas programadas e por fim, a articulação com o serviço de Neonatologia, de modo a tranquilizar e familiarizar as mulheres com ameaça de ter um parto pré-termo. Assim, foi possível desmistificar ideias pré-concebidas da grávida, apresentar a estrutura física do serviço UCIRN, e ao mesmo tempo abordar sumariamente algumas intervenções que se realizam neste contexto específico de cuidados.

Valorizou-se, em todos os momentos, as necessidades de cada grávida e respetivo acompanhante/família, onde se promoveu a utilização do plano de parto. Nos casos onde

tal não ocorreu, fez-se questão de interrogar os casais acerca das suas expectativas, idealizações e medos.

Relativamente à interrupção voluntária da gravidez ou medicamento assistida, bem como a orientação de contraceção no período pós-aborto, surgiram algumas situações passíveis de reflexão. A decisão da mulher era sempre apoiada e devidamente esclarecida. Era igualmente oferecida à mulher a possibilidade de 3 dias de reflexão para que desta forma, esta pudesse, num ambiente familiar, sem a existência de qualquer tipo de coação, tomar a sua decisão. Após a sua deliberação e consequente prescrição de medicação, eram posteriormente oferecidas várias opções de contraceção gratuita e de fácil acesso. Em Portugal existe uma lei³ que permite o aborto de forma voluntária até certa idade gestacional, independentemente das razões que a mulher poderia ter, contudo, mesmo que voluntária a decisão, nos casos observados a generalidade verbalizava sentimentos de medo, ansiedade e culpabilização. Considera-se este um momento de grande sensibilidade em que a comunicação e esclarecimento de dúvidas por parte do EEESMO são essenciais para a vivência do mesmo.

Recentrando a atuação do EEESMO neste contexto, considerou-se que estes profissionais são dotados de uma panóplia de ferramentas, que os permite detetar precocemente e intervir corretamente, prevenindo estados mais agravados de morbilidade e mortalidade.

Experienciaram-se várias ocorrências verbalizadas pela grávida, que na ótica de uma enfermeira especialista, são pautadas por uma preocupação direta, requerendo uma intervenção imediata (por exemplo: a visualização de “pintas pretas” por parte da grávida, pode ser elucidativo de um caso de pré-eclampsia). Pequenos sinais na grávida, que nem ela própria parece valorizar em inúmeras ocasiões, são determinantes para a prevenção de uma maior complicação. Presenciei uma situação específica de um início de TP numa gestação pré-termo (33 semanas), em que o registo do bem-estar materno-fetal, não captava corretamente a contractilidade uterina que a mulher verbalizava. Ao palpar o tónus uterino e ao realizar o exame vaginal, pode-se diagnosticar o início do TP pré-termo, que por sua vez conduziu ao início do protocolo de neuroprotecção fetal (com sulfato de magnésio) e as inerentes medidas de segurança da mãe e bebé.

A monitorização da saúde/bem-estar materno-fetal através dos registos cardiotocográficos (CTG), foram momentos chaves durante o estágio. Foram realizados

³ Decreto de Lei n.o 16/2007

em combinação com o exame vaginal, sempre com uma adequada racionalização da frequência da realização do mesmo. Relativamente à saúde materna, monitorizou-se a avaliação dos parâmetros vitais e, em situações de hipertensão arterial, procedeu-se à vigilância da presença de edemas, débito urinário, bem como um controlo rigoroso da proteinúria.

A dor, como quinto sinal vital, foi igualmente alvo de monitorização, dando-se sempre espaço para a verbalização das queixas e sentimentos da grávida. Nesta situação em concreto, foram utilizadas não só medidas não farmacológicas, mas também medidas farmacológicas no alívio da mesma.

Foi igualmente necessário empoderar a grávida e o seu acompanhante sobre os sinais, sintomas e riscos a ter em conta. Salienta-se por exemplo a informação relativa à rutura das membranas e ou a ocorrência de diminuição dos movimentos ativos fetais.

Considerou-se que neste âmbito de cuidados à mulher, foi possível promover o alívio dos desconfortos da gravidez, no que respeita ao alívio da dor através dos ensinamentos de medidas não farmacológicas plausíveis de serem realizadas no serviço. Nestas salienta-se o chuveiro de água quente, orientação para exercícios na bola de Pilates, uso de uma respiração adequada e massagem na região sagrada. Em última estância, a intervenção com medidas farmacológicas foi igualmente assegurada sempre que necessário.

Quanto ao conceber, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia, verificaram-se situações de pré-eclâmpsia, ameaça de parto pré-termo e rutura prematura das membranas.

A nível protocolar, o serviço de internamento de grávidas encontrava-se em fase de reestruturação, pelo que a interação e momentos de partilha entre todos os profissionais foram uma constante.

Todos os casos experienciados foram alvos de reflexão com a tutora e restante equipa, percebendo o porquê das atuações e possíveis consequências fetais.

Não foi experienciada nenhuma situação de medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica.

Relativamente a intervenções à parturiente com patologia associada, foram prestados cuidados em situações de patologia de diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, febre intraparto, casos de streptococcus do grupo B positivos e patologias do foro

hematológico. Em situações de patologia, nem sempre foi possível a realização da técnica de analgesia epidural, pelo que a intervenção junto das parturientes apresentou algumas diferenças. Nestas situações a intervenção focou-se na utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor, tais como: posicionamentos para alívio da dor; uso da bola de pilates na fase ativa do TP; momentos de deambulação; massagem na região sagrada; realização adequada de básculas; e a gestão do ambiente. Foi possível evitar procedimentos como o exame vaginal em algumas circunstâncias.

✚ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP

No estágio de Enfermagem na Maternidade promoveu-se a saúde da mulher durante o TP e a otimização à adaptação do RN à vida extra-uterina.

De modo a proporcionar uma experiência positiva na vida de cada mulher e da sua respetiva família, procurou-se em todos os acolhimentos realizados à parturiente e ao seu acompanhante de referência, perceber a sua própria conceção do TP e parto. Por forma a desenvolver uma recolha de dados inicial e conseqüente atitude diagnóstica, considerou-se necessário o uso da abordagem holística para melhor conhecer a mulher e família, tornando-se facilitador para perceber quais as expectativas do casal, as emoções, as preocupações e a idealização do futuro bebé. Atualmente existe um acesso facilitado à informação. Tendo em conta que nas redes sociais se partilham muitas experiências e vivências, os casais chegavam à sala de partos muitas vezes com ideias erradas que comprometeram as suas expectativas relativamente ao TP.

O parto ideal muitas vezes transmitido pelos casais, tornou-se um momento idílico livre de dor e com infinitas possibilidades que o casal poderia vivenciar. Por outro lado, considerou-se que toda a informação, mesmo a menos adequada, serviu de motor para o diálogo e para a negociação. O que foi dito precedentemente constituiu um desafio, visto que se pretendia ir ao encontro das expectativas da mulher e do seu acompanhante. O acolhimento dos futuros pais, verificou-se como um dos momentos em que se pôde começar a alterar a maneira de nascer. O diálogo foi fundamental para uma experiência de parto positivo, não só para dotar as famílias dos conhecimentos e práticas reais, mas igualmente para promover o bem-estar materno-fetal.

Procurou-se sempre conceber e implementar medidas de conforto e bem-estar à parturiente e convivente significativo, não só no sentido de gerir o meio ambiente no que diz respeito à luminosidade, ruído, e caso fosse desejo de ambos, promover a

musicoterapia. Também se promoveu um TP assente no controlo da dor, colaborando na monitorização antes, durante e após, atuando em conjunto com a equipa anestésica no controlo da mesma.

Com o passar dos turnos e com a respetiva supervisão, na cooperação com a equipa anestésica, nos ensinamentos à parturiente acerca do correto posicionamento para a analgesia epidural, bem como nos cuidados que a mulher deveria adotar durante o procedimento, a estudante foi-se tornando progressivamente autónoma nas suas intervenções. Neste campo de atuação em concreto, a EEESMO, possui um papel fulcral no apoio e reforço positivo à parturiente, para assegurar a posição pretendida, enquanto mantém a avaliação do bem-estar fetal, tendo sempre audível o foco cardíaco fetal.

Depois da parturiente já se encontrar no BP, também era realizado o acolhimento ao acompanhante, promovendo uma visita rápida ao quarto e à sala onde seriam prestados os cuidados inerentes ao RN. Neste momento abordava-se sumariamente o que esperar: do momento da admissão, do período expulsivo, do parto e dos cuidados imediatos ao RN. Procurou-se igualmente articular e gerir os momentos de cuidados, de modo a proporcionar os respetivos *timings* de privacidade do casal. Teve-se sempre em consideração a informação/ensinos bem como a instrução/empoderamento e o treino, quando necessário.

Para além do cuidado em criar um ambiente favorável e de implementar intervenções de promoção do conforto e bem-estar, existiu o cuidado de garantir um ambiente seguro através da execução de intervenções com técnica asséptica durante o TP, a organização do espaço físico da sala, na gestão do número de vezes de realização da observação vaginal, assim como nos ensinamentos à parturiente sobre o correto posicionamento a adotar durante a técnica para a introdução do cateter epidural e a respetiva preparação da mesa de parto com a correta aplicação dos panos esterilizados, para promover a assepsia do campo de trabalho.

A contribuição na promoção do aleitamento materno, caso fosse esse o desejo do casal, foi igualmente assegurada, com a instrução do casal para o correto posicionamento do bebé, sinais de uma pega correta e eficaz, e o que motiva ou não o casal para o processo de amamentação. Sempre que possível, promoveu-se o clampe tardio do cordão umbilical e o contacto pele-a-pele, contribuindo para a promoção primária da vinculação mãe/RN e posteriormente, com a intervenção da pessoa significativa, vinculação mãe/pai/RN.

Neste contexto, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações para a saúde da mulher e do RN estiveram sempre presentes no processo de aprendizagem.

A monitorização e a vigilância do TP foram áreas de grande investimento, pois a decisão final dependia dos resultados obtidos deste processo. Sempre que oportuno, refletiu-se com os respetivos tutores, acerca da temática teórica, aplicando-a no momento e até simulando hipóteses de alterações da frequência cardíaca fetal e contractilidade uterina, com o objetivo de interiorizar e ser capaz de agir de forma eficaz e eficiente na possibilidade de existir uma situação de urgência/emergência. Deste modo tentou-se, em consonância com os/as tutores/as e suporte teórico, elaborar a interpretação dos registos cardiotocográficos, atuando consoante a sua interpretação e referenciando situações de desvio ao padrão de registo tranquilizador.

Com a integração de forma gradual, conseguiu-se realizar o acolhimento da parturiente no BP, bem como concretizar todas as intervenções associadas a uma vigilância de TP, monitorização do foco cardíaco fetal com pesquisa inicial através de Manobras de Leopold, administração e gestão de soroterapia e por último, a monitorização de parâmetros vitais com grande atenção na monitorização da dor.

Após o acolhimento da parturiente, identificou-se e monitorizou-se o risco materno e fetal durante o TP e parto, através de diversas intervenções, tais como a realização do toque vaginal, sempre com o cuidado de manter audível o foco cardíaco fetal e a verificação do correto posicionamento do sensor TOCO para uma adequada avaliação da contratilidade uterina. Em cada exame vaginal, avaliou-se as características do líquido amniótico, no caso de existir uma rutura, bem como uma boa racionalização da frequência da realização dos mesmos.

Os toques vaginais são intervenções importantes na avaliação da progressão do TP e de monitorização do risco materno e fetal, uma vez que é através desta prática que é possível a verificação da progressão da dilatação durante a fase ativa da mesma, as características do colo em termos de espessura, o tipo de anatomia pélvica e o grau de descida da apresentação.

O toque da mão do EEESMO, aliada às ferramentas técnicas e instrumentais, como o CTG, permitem interpretar o comportamento do feto perante a progressão da contratilidade uterina e conseqüentemente a reatividade do seu sistema nervoso central.

A interpretação de um CTG com o conjunto de características que dele advém, tais como a linha de base da frequência cardíaca fetal, a presença ou não de acelerações, a variabilidade do feto, a presença de desacelerações e o fator da contratilidade uterina, em consonância com a avaliação das características do exame vaginal, permitem ao EEESMO decidir um conjunto de intervenções autónomas. Esta avaliação permite identificar a necessidade de colaboração da equipa médica na monitorização do CTG e respetiva decisão clínica.

A rutura artificial das membranas, amniotomia, verificou-se sempre como um momento de reflexão sobre os cuidados a ter. Nesta situação em concreto, salienta-se a maneira adequada de colocação do amniótono, pinça utilizada na rutura de membranas; a importância de retirar a mão sem a avaliação das características do líquido amniótico e a avaliação da possibilidade de prolapso/procedência do cordão umbilical, sempre com a monitorização do bem-estar fetal durante e após procedimento.

Relativamente aos exercícios respiratórios durante o TP, ensinou-se, instruiu-se e treinou-se a parturiente sobre como os realizar, fornecendo sempre reforço positivo e incentivo. Assistiu-se a mulher nos posicionamentos mais confortáveis, bem como no fornecimento de um conjunto de materiais que a poderiam ajudar nesta fase, de modo a realizar esforços expulsivos eficazes.

No decurso do parto, foi possível a identificação e monitorização de situações de risco materno e/ou fetal, tais como a laceração do períneo. Salienta-se a técnica de massagem do períneo, a aplicação de compressas quentes, a tomada de decisão de efetuar a técnica de episiotomia com a avaliação da elasticidade do períneo e do tamanho da incisão necessária para facilitar a exteriorização da cabeça do bebé.

Quanto ao RN, verificou-se uma atuação no sentido de prevenir complicações de adaptação à vida extra-uterina, adotando medidas de suporte, como a permeabilização da via aérea logo após a saída da cabeça com a realização de uma expressão toraco-oro-nasal e estimulação dorsal eficaz e pesquisa primária de circulares antes da extração total do corpo.

Executaram-se intervenções de prevenção de complicações, através da sensibilidade em manter o local da prestação de cuidados do RN com todo o material necessário, montado e testado para uma prestação rápida e eficaz dos cuidados imediatos, bem como a

articulação com o pediatra de serviço, caso existisse necessidade de cuidados altamente diferenciados.

Relativamente à técnica de parto cefálico, executou-se gradualmente ao longo do estágio com maior segurança e confiança, desde a realização da massagem do períneo, execução da manobra de Ritgen, seguida de uma rotação externa com consequente liberação dos ombros e apoio do restante corpo do RN.

Ainda sobre as técnicas aplicadas durante a execução do parto de apresentação cefálica, importa referir a constante reflexão exigida pelos/as tutores/as no conjunto de cuidados a ter para além dos procedimentos técnicos

A execução de parto de apresentação pélvica, não foi possível realizar nem assistir, no contextos de estágio. No entanto executou-se e refletiu-se sobre esta técnica de parto e respetivas manobras executadas em contexto de simulação de alta-fidelidade.

No contexto de risco do RN (RN) foi possível em duas situações distintas, colaborar com o pediatra de serviço na reanimação com ventilação por pressão positiva e aspiração de secreções da via aérea. Colaborou-se diversas vezes em situações de risco de aspiração de mecónio, onde a prioridade de atuação seria a de não estimular o bebé. Quanto à monitorização do RN no BP, inicialmente foi sentida uma grande ansiedade pelo facto de ter experiência em cuidados intensivos neonatais, pois no seu local de trabalho todos os RN's se encontram monitorizados. O seu olhar no BP teve um enfoque superior nos sinais visíveis do bem-estar do RN como a coloração dos tegumentos, reatividade, tónus e postura. Toda esta monitorização, por vezes, ocorre simultaneamente com o término da técnica de realização do parto, onde é essencial a vigilância da técnica, o bem-estar materno e do RN.

Nos cuidados imediatos ao RN, conceberam-se e implementaram-se intervenções no sentido de manter o RN quente, com a mudança constante dos panos e a forma de transporte seguro do RN até à box de prestação de cuidados.

A última fase do TP, a fase da dequitação, faz parte integrante da técnica de parto, pelo que identicamente foi alvo de grande atenção, no sentido de interpretar os sinais de desprendimento, de descida e posterior expulsão da placenta. Nesta última fase, desenvolveram-se alguns cuidados a ter, como a extração de uma tração controlada do cordão umbilical, o movimento de rodar a placenta sobre si sob a ação da gravidade e por fim, garantir a saída de todas as membranas. A maioria das situações vividas foram de

uma dequitação natural sem retenção de membranas. No entanto, uma das situações críticas que foi possível experienciar, após um parto natural com apenas necessidade de suturar o períneo por uma laceração de 1º grau, tratou-se de um período prolongado de descolamento da placenta, superior a 30 min. Após o mesmo, foi realizada uma pequena tração controlada do cordão, que surtiu efeito para o restante descolamento. Contudo, na exteriorização progressiva do cordão, foi possível a observação da separação dos vasos do mesmo nas membranas placentares, onde rapidamente se constatou que se tratava de uma inserção velamentosa. Após a saída da placenta e a respetiva visualização da mesma, constatou-se que existiria um cotilédone em falta, que com a pesquisa do espaço vaginal e uterino este se encontrava aderente, iniciando um quadro de hemorragia materna. Foram iniciadas as devidas intervenções, com massagem e ajuste da terapêutica e soroterapia em perfusão, e comunicação à equipa médica para que ocorresse intervenção para uma dequitação manual interna. Após dequitação, para além da avaliação da placenta em termos de forma, inserção do cordão umbilical e cotilédones, procurou-se avaliar sempre a integridade do canal de parto em termos de lacerações, concebendo a atuação consoante as mesmas e consoante a episiotomia realizada.

Nesta última fase, as dificuldades foram mais evidentes, uma vez que os períneos não são todos idênticos e cada parto é um parto distinto. De uma forma gradual, até ao término do estágio, o melhoramento da agilidade na manipulação do porta-agulhas, a visualização dos tecidos lesados, a realização de suturas sempre atendendo ao princípio de simetria, bem como a maneira de realizar os nós, foram uma preocupação constante.

Outra das atividades realizadas pelos EEESMO no BP, prende-se com a tomada de decisão de quando transferir a puérpera. Participou-se na decisão de transferir a puérpera e na transmissão de informação.

Sem exceção e considerando estas competências como transversais no âmbito da ESMO, procurou-se promover a saúde da mulher durante o TP, otimizando a adaptação do RN à vida extra-uterina.

Conceberam-se e implementaram-se medidas de conforto e bem-estar à parturiente e parceiro, não só no sentido de gerir o meio ambiente em termos de luminosidade, ruído (e caso fosse desejo de ambos, proporcionar momentos de musicoterapia), mas também no sentido de promover um início de TP assegurando o controlo da dor, colaborando na

monitorização da mesma, bem como na cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções para o controlo da mesma.

A fim de se diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do RN foram executadas várias tarefas nesse sentido.

A correta monitorização e vigilância do TP, verificou-se uma constante ao longo de todas as semanas de EC. Tendo já passado pelo campo de estágio da sala de partos, a investigadora considera ter sido uma vantagem para uma correta interpretação dos registos cardiotocográficos e dessa forma, juntamente com a tutora, referenciar as situações de potencial risco.

Os toques vaginais são intervenções importantes de avaliação da progressão do TP e de monitorização do risco materno e fetal, contudo numa fase em que as grávidas ainda se encontram em fase de início do TP/fase latente, a necessidade da realização do exame vaginal, conduz a um agravamento súbito da dor, associado a um aumento da frequência e intensidade da contração uterina com uma posterior avaliação do bem-estar fetal. Esta intervenção levou-nos a decidir e a refletir acerca da possível ida para o BP.

A monitorização do risco fetal durante a indução de TP (após administração de fármacos indutores), foi conseguida através da avaliação com recurso ao CTG, (linha de base da frequência fetal, frequência da contratilidade uterina e conseqüentemente resposta do fetal).

✚ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

O cuidado da mulher durante o período pós-natal compreende a promoção da saúde da mesma e respetivo RN, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações.

O processo da decisão de aleitamento materno, segundo a OMS, deverá ser iniciado ainda durante a gestação, por forma a que o casal explore a temática e exponha dúvidas, para que após o nascimento essa questão esteja clarificada. Se fosse efetivamente uma vontade do casal, após o parto ocorre uma janela temporal que a investigadora procurou sempre cumprir (a 1ª hora de vida). Nesta fase, se estivessem reunidas as condições necessárias de estabilidade do RN e da mãe, era iniciado este processo. Reforçou-se e incentivou-se à amamentação, estando presente com a mãe desde o primeiro momento, ajudando o bebé (e a mãe) a garantir uma pega eficaz.

Ao mesmo tempo que eram implementadas intervenções de apoio ao aleitamento materno, visualizou-se a forma como o casal geria a vinculação mãe - pai - bebê.

Neste período do puerpério imediato, procurou-se sempre monitorizar a puérpera em termos de sinais vitais, hemorragia e queixas algicas.

Relativamente ao RN, o cuidado de vigiar sinais de dificuldade respiratória e de não reatividade do mesmo, foram uma constante. Não se constatou nenhuma situação em que fosse necessário intervir após a avaliação imediata do enfermeiro especialista e do pediatra.

O EEESMO, deve ser capaz de providenciar cuidados em situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e RN no período pós-natal.

Durante o estágio de Enfermagem na Maternidade foram vivenciadas duas situações de interrupção médica da gravidez numa grávida de 22s e outro a de 19s. Foi ainda possível a colaboração na transferência de três RN's para a neonatologia, devido a restrição de crescimento intrauterino e prematuridade com baixo peso.

Nas situações de morte fetal, conseguiu-se uma participação mais ativa não só nos cuidados a prestar, mas igualmente na atuação burocrática, motivada pela experiência prévia de cuidados no meu local de trabalho.

Ocasões como estas representaram níveis de ansiedade elevados, onde foi e será sempre difícil, conseguir conciliar todo um conjunto de objetivos a atingir, no que respeita à prestação dos cuidados ao feto morto e simultaneamente ter a capacidade de conceber e implementar medidas de suporte emocional ao casal. Não conseguindo aliviar o estado emocional, optou-se pelo acompanhamento do casal e no alívio do estado físico com todas as medidas de analgesia disponíveis.

Relativamente a situações onde pudessem ocorrer complicações no pós-parto, a investigadora procurou conhecer os diversos protocolos de atuação, como por exemplo em caso de atonia uterina ou taquissístolia não provocada por ocitocicos.

🚦 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério

A investigadora participou e conduziu múltiplas consultas de saúde da mulher no climatério, nas quais pôde acompanhar a realização de rastreios do cancro do colo do útero, efetuar ensinamentos oportunos sobre a transição para a menopausa e auto-palpação da mama.

- ✚ Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Esta competência foi assegurada através do seguimento de consultas de planeamento familiar, de mulheres com patologia cervical, com resultado alterado, e posterior seguimento no Instituto Português de Oncologia, durante o tempo predeterminado, pelo Programa Nacional de Doenças Oncológicas.

- ✚ Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Foi elaborado (com as restantes colegas a realizar EC na USF-Pulsar), um Projeto de Intervenção na Comunidade, baseado no documento “*Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*”, da Direção-Geral da Saúde, capaz de intervir nesta Unidade de Competência - As alterações decorrentes da gravidez e puerpério, podem, a par com as transições que lhes são inerentes, despoletar e desenvolver patologias do foro mental, intimamente associadas a morbimortalidade materna e neonatal.

Foram realizados ensinamentos pertinentes e adequados às necessidades apresentadas pelas mulheres, nas diversas etapas da sua vida.

Refletindo sobre a prática, foi possível constatar que a mulher descentraliza o seu autocuidado de saúde e bem-estar, não acedendo frequentemente aos serviços de saúde, nas diversas fases do ciclo vital (com exceção da fase de transição da gravidez para a parentalidade).

Retrospectivamente, foi um percurso pautado por árduas e desgastantes batalhas, decorrentes das mais variadas mudanças que foram experienciadas. No entanto, todas estas vivências, contribuíram para a evolução, não só do ponto de vista profissional, mas igualmente no ponto de vista pessoal. O tempo de formação foi uma etapa extenuante, uma vez que a gestão de turnos entre o local de trabalho e local de estágio foi de difícil coordenação, contudo com um final positivo.

PARTE II - COMPONENTE INVESTIGATIVA - DESCRIÇÃO DA VIVÊNCIA DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO NO PERÍODO PANDÉMICO COVID-19, UMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA

1 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO FENÓMENO

No presente capítulo pretende-se realizar um enquadramento do fenómeno em estudo “*descrição da vivência da mulher durante o TP no período pandémico Covid-19*”, abordando os temas justificativos da investigação realizada. Numa fase inicial, pretende-se elaborar um breve enquadramento da transição do período pré-natal para o pós-natal, segundo a Teoria de Médio Alcance de Meleis. Em seguida, sentiu-se a necessidade de abordar sumariamente as características do surto provocado pelo Covid-19, com a posterior intenção de correlacionar as mesmas com a pertinência para o estudo. Por fim, mas não menos importante, estabelece-se uma analogia entre o período pandémico e o tema da gravidez e parto.

1.1. TEORIA DAS TRANSIÇÕES - TRANSIÇÃO DO PRÉ-NATAL PARA O PÓS-NATAL SEGUNDO A TEORIA DE MÉDIO ALCANCE DE MELEIS

A Teoria das Transições é uma teoria de médio alcance, composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade), padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultado) e a intervenção terapêutica de enfermagem.

Esta teoria foi iniciada em meados da década de 60 e teve como base as investigações de Afaf Meleis (enfermeira egípcio-americana e cientista) sobre planeamento familiar, processos de transição para a parentalidade e domínio dos papéis parentais (Guimarães & Silva, 2016). Em 1985, após estudar as intervenções facilitadoras de processos de transição e as condicionantes que tornam algumas pessoas incapazes de realizar transições saudáveis, definiu em colaboração com a enfermeira Norma Chick o conceito de transição, como: “*A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra*” o qual se constitui como um dos conceitos centrais para a disciplina de Enfermagem (Chick & Meleis, 1986, p.239).

“Os enfermeiros lidam com pessoas que estão a viver a transição, a prever a transição ou a terminar um acto de transição. A transição denota uma mudança no estado de saúde ou nas relações, expectativas ou capacidades dos papéis. Denota mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. A transição exige que a pessoa incorpore conhecimentos novos, altere comportamentos e, deste modo, modifique a definição do indivíduo no contexto social” (A. I. Meleis, 2012 p.19).

Para Meleis, Enfermagem é a profissão que detém o maior contato com quem experiencia processos transicionais. Preocupada com o desenvolvimento, promoção e recuperação dos indivíduos, constitui-se como agente facilitador da gestão da transição e contribui para a manutenção e promoção da saúde (Piccoli et al., 2015).

1.1.1. Natureza das transições

O **tipo de transições** que ocorrem durante a gravidez são multifatoriais, pois nestas etapas ocorrem: mudanças no ciclo vital (tipo desenvolvimental), alterações de papéis (tipo situacional) e reorganização da dinâmica familiar para integrar o RN no seio da díade (tipo organizacional) (A. I. Meleis, 2012).

Relativamente aos **padrões das transições**, estas classificam-se como múltiplas, visto que ao casal é conferido o papel parental, o qual implica a reestruturação familiar e social.

Quanto às **propriedades das transições**, destacam-se:

- ✚ **Consciencialização:** patente na tomada de conhecimento da gravidez, na percepção da existência do bebé real e do bebé imaginado, no envolvimento da mulher/casal ao longo das diversas fases da gravidez e pós-parto, e na aceitação da alteração dos aspetos físico e psicológico que ocorrem durante a gravidez e o pós-parto. A consciencialização associa-se de igual forma à percepção, ao conhecimento e ao reconhecimento da própria condição da grávida/mãe aquando da identificação de algum transtorno físico ou mental.
- ✚ **Envolvimento:** surge no decorrer do reconhecimento da gravidez, levando à procura de informações sobre o estado gravídico, assim como no processo transicional da gravidez para o pós-parto, originando a distribuição de tarefas e a partilha de responsabilidades e cuidados prestados ao RN.

- ✚ Mudança: ocorre quando surge mudança do estado de gravidez para o estado de puérpera, da sua transformação com o momento do parto. Ocorre igualmente quando existem alteração de rotinas habituais para compatibilizar a adoção de novos papéis após o parto - papel parental.
- ✚ Espaço de tempo: tempo decorrido desde a rotura com hábitos rotineiros até ao ajustamento à nova condição, conseguindo alcançar um novo equilíbrio. A duração da transição para a parentalidade não decorre durante um tempo limite específico, sendo que para ocorrer uma transição saudável, os pais necessitam um *timing* próprio para integrar os novos papéis e saber como desempenhá-los.
- ✚ Pontos críticos e eventos: etapa onde podem ser planeadas e implementadas intervenções do EEESMO.

1.1.2. Condicionantes facilitadoras e inibidoras da transição

Os condicionantes de transição mais frequentes durante a gravidez e o pós parto são os **personais**: crenças e atitudes da mulher/homem/família; o estatuto socioeconómico (status mais baixos estão vulneráveis a sintomas psicológicos, dificultando a transição) e por último, as vivências que lhes permitiram adquirir conhecimentos e os prepararam para superar, com sucesso, as transições para a gravidez e para a parentalidade (a falta de preparação e de conhecimento inibe o decorrer de uma transição saudável).

Os **condicionantes de transição da comunidade e da sociedade** referem-se à existência, ou não, de apoio familiar e/ou social, de recursos instrumentais ou outros condicionantes que tenham influência direta no estado da grávida/ mãe .

1.1.3. Padrões de resposta

As transições saudáveis são determinadas pelos padrões de resposta dos intervenientes nos processos de transição decorrentes da gravidez e do pós-parto, mais concretamente:

Indicadores de processo: *“Permitem saber se o indivíduo, que vivencia a transição, encontra-se na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos”* (Guimarães & Silva, 2016)p.3-4). Como exemplos: durante a gravidez, a intervenção do EEESMO deve focar-se na interação ativa com a mulher/homem/casal, estabelecendo uma relação de confiança, com abertura para o esclarecimento de dúvidas, possibilitando a deteção precoce de possíveis desvios da normalidade; durante o pós-parto, o EEESMO

deve promover a confiança e autonomia da mulher para a amamentação e cuidado seguro ao RN.

“Os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios; e o desenvolver confiança e coping, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação” (Guimarães & Silva, 2016).

Indicadores de resultado: *“... referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso”* (Guimarães & Silva, 2016, p.4).

Referem-se ao processo de conclusão duma transição, permitindo a sua integração na vida diária como uma experiência positiva, tais como a adaptação ao papel parental e a consequente reformulação identitária.

1.1.4. Intervenção terapêutica de enfermagem - transição do pré-natal para o pós-natal

A gravidez e o puerpério constituem-se como duas etapas transicionais críticas e vulneráveis, durante as quais ocorrem transformações biológicas, emocionais, relacionais, psicológicas, sociais, comportamentais, socioculturais, económicas e de género, que abrangem não só a díade mãe/bebé, como o pai e a família mais próxima (Cêpeda et al., 2005; Soares et al., 2018). As transições que ocorrem durante a gravidez e o puerpério são multifatoriais, pois nestas etapas ocorrem mudanças no ciclo vital (tipo desenvolvimental), alterações de papéis (tipo situacional) e reorganização da dinâmica familiar para integrar o RN no seio da díade (tipo organizacional). Na existência de uma transposição do estado salutogénico para o desenvolvimento de alterações/patologias do foro mental durante a gravidez e puerpério, ocorre uma transição do tipo saúde/doença (A. Meleis, 2010; Piccoli et al., 2015). Os condicionantes de transição mais frequentes

durante a gravidez e o pós-parto são os pessoais, nos quais se destacam as crenças e atitudes da mulher/homem/família, o estatuto socioeconómico que detêm e as vivências que lhes conferiram conhecimentos e os prepararam para superar com sucesso as transições vividas. A falta de preparação e de conhecimento inibe o decorrer de uma transição saudável promovendo uma vivência insatisfatória do TP (Piccoli et al., 2015).

No âmbito da saúde da mulher durante a gravidez, a Teoria das Transições de Meleis permite uma abordagem holística para a compreensão da mulher que vivencia o momento do parto, reconhecendo-o como um ponto/marco condicionante, visto esta ser uma transição multidimensional, reforçando a importância do apoio, suporte e orientação prestado pelo EEESMO. *“Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade”* (Guimarães & Silva , 2016, p.4).

1.2. ABORDAGEM TEÓRICA COVID 19

Em 2019 foi identificado uma doença infecciosa respiratória causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), designada como *“coronavírus disease 2019”* ou *“Covid-19”*. Pela rápida propagação da mesma e alta patogenicidade a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou-a como uma emergência de saúde pública de âmbito internacional no dia 30 de janeiro de 2020 tramitando para o estado de pandemia mundial a 11 de março de 2020 (Torres et al., 2021).

1.2.1. Etiologia COVID-19

Apesar de o nome Covid-19 ter sido adicionado ao dicionário da maioria da população em 2019, este tipo de vírus teria vários antepassados conhecidos. Na década de 60 foi identificado pela primeira vez por Tyrell e Bynoe, que efetuavam estudos sobre pacientes com constipações comuns (Grendene et al., 2021).

O grupo de virologistas estudava diferentes subtipos de vírus humanos e animais que incluíam vírus da hepatite, vírus da bronquite infecciosa, vírus da gastroenterite transmissível de suínos, etc. Todos eles eram morfologicamente iguais, conforme observação através de estudos microscópicos. Com exceção de um novo vírus, que

apresentava uma morfologia relativamente distinta dos outros que já se consideravam como conhecidos (Grendene et al., 2021).

O coronavírus faz parte da família dos vírus envelopados, possuindo uma morfologia esférica, que quando analisados através de microscópio apresentam na sua superfície circular um conjunto de espículas que se assemelham a uma coroa. A origem do latim da palavra “corona” tem como significado coroa (Gondim et al., 2020). Este tipo de vírus tornava-se mais frequente em estações frias e chuvosas comparativamente com estações mais quentes e secas. Após a inoculação propositada em vários voluntários, o estudo epidemiológico, permitiu associar os coronavírus a uma variedade de doenças respiratórias. A doença predominante foi a pneumonia em crianças e adultos jovens. (Grendene et al., 2021)

1.2.2. Período pandémico Covid-19

O SARS-Cov 2 teve origem na China em dezembro de 2019, atingindo todos os continentes, exceto a Antártica, num curto período de 3 meses (Liu, 2020). A pandemia teve um crescimento exponencial a nível mundial desastroso, considerando que no início de março 2020 mais de 100.000 pessoas estariam infetadas e que uma percentagem considerável da população teria desenvolvido a infeção mais grave por SARS-CoV-2 (Covid-19) (Torres et al., 2021).

Num relativo curto espaço de tempo após a propagação do vírus, começaram a surgir os primeiros estudos científicos e os mais conceituados laboratórios clínicos mundiais, procuraram alcançar a tão desejada vacina, que surgiu em finais de 2020.

1.2.3. Pertinência do estudo em relação ao período pandémico por Covid-19

Um dos passos primordiais do início de uma investigação, passa pela pertinência da temática em estudo, a fim de executar um diagnóstico inicial que permita determinar com precisão as questões que necessitam de resolução, bem como os meios e recursos disponíveis. Surge como um plano norteador para um bom sistema de avaliação, estabelecendo as bases segundo as quais o tema pretendido necessita de ser explorado e avaliado (Capucha, 2008).

Desta forma, o estudo nasce de um acontecimento que influenciou a vida/saúde de todos (pandemia provocada pelo vírus SARS-Cov 2), alterando completamente o dia a dia da população e das diversas sociedades a nível mundial.

Este vírus trouxe inúmeros desafios para a comunidade científica e a maioria das questões que foram emergindo, não trouxeram consigo as respostas esperadas no imediato, conduzindo a um enorme desconhecimento das complicações provocadas por esta nova estirpe vírica.

A informação científica existente no contexto de gravidez era ainda muito escassa. A ausência de conhecimento abriu portas para a incerteza, provocando ansiedade e receio a todos os que lidaram com esta nova pandemia e por vezes, o excesso de zelo ou a tentativa de minimizar os contágios, acaba por prejudicar os cuidados de saúde, colocando muitas vezes em causa os direitos da pessoa, e neste caso em particular da mulher durante o parto (Mittelbach & Albuquerque, 2022).

A nível mundial e no âmbito da pandemia provocada pelo Covid-19, os sistemas políticos, os respetivos serviços de saúde e o sector económico necessitaram de delinear estratégias para fazer face aos danos provocados pela mesma. Este surto foi de tal forma agressivo que obrigou as diversas instituições de saúde, nomeadamente as da área obstétrica, a se adaptarem, de forma a dar resposta às necessidades das pessoas que cuidam e aos profissionais de saúde que nelas trabalham, tendo em conta as orientações da DGS no âmbito das medidas de contenção delineadas, influenciando inevitavelmente vários fatores relacionados com o cuidar.

1.2.4. Gravidez e parto - Correlação com o surto pandémico Covid-19

No ramo da obstetrícia, a experiência de uma gestação retrata uma aprendizagem contínua empírica e formativa, pautada por alterações físicas, cognitivas, comportamentais e afetivas. Esta experiência, no ciclo de vida da mulher, culmina no TP, considerado um momento privilegiado, irreversível e marcante que geralmente difere das expectativas da mulher (Costa et al., 2004).

Neste contexto, a experiência do TP pode determinar o bem-estar da mulher assim como a qualidade da relação com o seu bebé e núcleo familiar (Costa et al., 2004).

Na evidência científica consultada sobre a temática em estudo, verifica-se que todos os fatores que influenciam o momento do TP estão intrinsecamente associados e são suscetíveis de influenciar a qualidade da experiência do TP, que por sua vez pode

influenciar a satisfação da mulher no TP durante o período pandémico Covid-19 (Kempe & Vikström-Bolin, 2020).

O estudo de investigação proposto, surge do atual contexto de pandemia que experienciamos em Portugal, das vivências das mulheres no momento do TP; da observação realizada no BP em situação de não pandemia e dos testemunhos de mulheres próximas da investigadora.

Assim, a investigadora está convicta que a descrição do fenómeno em análise, pode contribuir para a melhoria das práticas dos EEESMO na assistência ao TP de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva em situação de pandemia (Organização Mundial da Saúde, 2016).

2 - METODOLOGIA

O método científico apresenta-se como o processo mais sofisticado de aquisição de conhecimentos criado pelo Homem, sendo sempre um trabalho desenvolvido por várias etapas, todas elas interligadas e extremamente importantes. É caracterizado por ser um processo controlado, disciplinado e sistemático.

A metodologia pode assim ser definida como o conjunto de procedimentos do foro intelectual e técnico que possibilitam a aquisição de novos conhecimentos. Surge como um elemento dinâmico e determinante na produção teórica, assegurando a transformação de um objeto sobre o qual o trabalho teórico incide, em novos conhecimentos científicos (Morse, 2007).

Admite-se que as profissões de saúde, nomeadamente a Enfermagem, serão tanto mais desenvolvidas quanto maior for a perfeição nas pesquisas, implicando um conhecimento científico da metodologia, permitindo valorizar todo o conteúdo descoberto e conferir objetividade a um trabalho de investigação. Para Polit e Hungler (2004), a metodologia apresenta as pressuposições para a qualidade, integridade e interpretabilidade dos resultados.

Neste capítulo são descritos os procedimentos realizados nas diferentes etapas do estudo. São abordados aspetos tais como tipo de estudo, objetivos e questão de investigação, participantes e respetivos critérios de inclusão, procedimentos de recolha de dados, questões formais e éticas e, por último, o tratamento de dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO, OBJETIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A presente investigação apresenta-se como um estudo de nível 1 de natureza qualitativa e do tipo exploratório-descritivo.

Segundo Fortin (2009), a investigação qualitativa foca um modelo fenomenológico no qual a realidade é enraizada nas perceções dos sujeitos. O objetivo é compreender e encontrar significados através de narrativas verbais e de observações, em vez de através de números. A investigação qualitativa normalmente ocorre em situações naturais em

contraste com a investigação quantitativa que exige controlo e manipulação de comportamentos e lugares (Fortin, 2009).

A opção por este tipo de estudo surge por permitir aprofundar conhecimentos sobre o tema e descrever o fenómeno em modo de sabatina, a fim de se obter as vivências dos intervenientes, bem como as suas ideias e desejos com o intuito de se tornar público o próprio fenómeno (Fortin, 2009). Estes tipos de estudos visam compreender fenómenos vividos por pessoas, categorizar uma população ou concetualizar uma situação (Fortin, 2009).

Para Fortin (2009) os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e orientações de uma investigação. O objetivo do estudo expõe de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas à sua questão de investigação.

Neste estudo pretende-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

De que forma é que as mulheres vivenciaram a fase final da gravidez, como preparatória para o TP no período pandémico?

De que forma é que as mulheres vivenciaram o TP durante o período pandémico?

Para isso definiram-se os seguintes objetivos:

- ✚ Descrever a vivência da mulher durante a fase de final da gravidez, como preparatória para o TP, no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa.
- ✚ Descrever a vivência da mulher durante o TP no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa.

2.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população que esteve na base deste estudo foi constituída por mães com experiência de parto no período pandémico.

Amostragem do tipo não probabilística em bola de neve, constituídas por mães com experiência de parto no período pandémico Covid-19, que de forma voluntária, acederam em participar no estudo.

No que diz respeito aos critérios de inclusão que definem a população em estudo, Fortin (2009), refere que “estes correspondem às características essenciais dos elementos da população”. Desta forma, para dar resposta aos objetivos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

Critérios de Inclusão:

- ✚ Mulheres que tiveram uma experiência de parto durante período pandémico de Covid-19;
- ✚ Mães que compreendam e falem a língua portuguesa;
- ✚ Mães que tiveram Parto de feto único;
- ✚ Mães que tiveram parto vaginal;
- ✚ Mães com um ou mais filhos;
- ✚ Mães sem patologia associada à gravidez;
- ✚ Mães de bebés sem patologias associadas ou problemas desenvolvimentais.

A amostra do presente estudo ficou constituída por 24 mães, que experienciaram o parto durante o período pandémico Covid-19.

2.3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Inerente à concretização de qualquer trabalho de investigação qualitativa, a recolha de informação assume-se como fundamental à programação de ações a desenvolver para a sua implementação.

Segundo Fortin (2009) a colheita de dados é um processo de observações, de medida e de consignação de dados, visando recolher informações sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação.

Dependendo da questão de investigação a estudar, é necessário utilizar o método de colheita mais adequado para o estudo em questão (Fortin, 2009).

Para aceder às participantes, foi colocado um convite na Rede social Facebook, explicando a natureza e objetivos do estudo e solicitando a voluntariedade das mães para a participação no mesmo. As mães que acederam participar contactaram com o grupo de investigação por email (incluído na nota de divulgação), tendo sido através desta via que se calendarizaram os momentos para a realização e para a recolha de dados.

As participantes prosseguiram de forma esclarecida e consentida, uma vez que para dar início ao processo de colaboração no estudo foram entregues via email, os documentos de consentimento informado e posteriormente assinados (Apêndice II).

A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista semi-estruturada e de um formulário para preenchimento por parte da investigadora.

Tendo em conta a situação pandémica vivenciada na altura optou-se pela realização da entrevista através de videoconferência usando a plataforma digital, *Zoom - Colibri V3 - Videoconf - FCCN*. De acordo com Bardin (2018) a entrevista é considerada como um método de investigação específico, classificando-as como diretivas ou não diretivas, ou seja, fechadas e/ou abertas. No presente estudo a entrevista em questão é classificada como aberta.

Visto tratar-se de um estudo retrospectivo, as entrevistas com as mães participantes foram calendarizadas durante os primeiros seis meses de vida do bebé, tendo em consideração em primeira linha a disponibilidade da mãe.

A entrevista dividiu-se em dois momentos distintos. Num primeiro momento, após a apresentação sumária dos objetivos de estudo, era preenchido pela investigadora um formulário com dados relativos à caracterização sociodemográfica e dados relativos ao decurso da gravidez e do parto. Numa fase posterior, foram apresentadas questões de resposta aberta às mães a fim de conhecer o fenómeno em estudo.

Em regra, cada entrevista decorreu durante (60) sessenta minutos, tendo sido necessário por vezes, algumas pausas devidas às solicitações dos bebés.

A recolha de dados por esta via foi terminada após se ter atingido o nível de saturação da informação, que de acordo Streubert e Carpenter (2013), ocorre quando há "repetição de informação e a confirmação de dados anteriormente colhidos" (Streubert & Carpenter, 2013, p.31).

As entrevistas foram posteriormente transcritas e revistas/validadas pelas professoras orientadoras e posteriormente enviadas por email para cada uma das mães para serem, também por elas validadas.

2.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Qualquer investigação tem de ter na sua base os princípios éticos, tais como o princípio do direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, direito a um tratamento justo e leal, direito ao consentimento informado e direito à autonomia.

De acordo com Fortin (2009) são cinco os princípios do código de Ética da investigação:

- O direito à autodeterminação: Foi elaborado um documento para obter o consentimento informado (Apêndice II).
- O direito à intimidade: Será protegido o anonimato das participantes ao longo de todo o estudo, bem como a confidencialidade dos dados;
- O direito ao anonimato e à confidencialidade: Para que este direito seja salvaguardado, não irão ser divulgados ou partilhados os dados pessoais durante a presente investigação;
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo: O presente estudo não colocou em situações de risco ou prejuízo pessoal nenhuma das participantes;
- O direito ao tratamento justo e equitativo: refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para o qual é solicitada a participação das mães. A investigadora abordou e esclareceu todos os aspetos referentes à investigação, de forma a garantir a compreensão e entendimento relativamente ao estudo e a sua participação.

Dada a natureza imprevisível da investigação qualitativa, surgem questões éticas e não previstas que devem ser consideradas. Os dilemas éticos inerentes a assuntos como consentimento informado, anonimato e confidencialidade, recolha e tratamento de dados, publicação e relações participante/investigadora são revistas à luz dos problemas ímpares que surgem no desenho e condução das investigações qualitativas (Streubert & Carpenter, 2013).

Para a realização do estudo foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), que foi favorável (Anexo I).

Ainda segundo os mesmos autores, no contexto da investigação qualitativa, o consentimento informado, que é um pré-requisito em todos os tipos de investigação, deve ser um processo contínuo.

Antes de se realizar a recolha de dados, foi efetuado o pedido do consentimento informado junto das mães, onde foram explicados os objetivos do estudo e que o mesmo não pretende trazer qualquer prejuízo. O objetivo será sempre, através dos resultados da investigação, ajudar futuras mães em situações semelhantes, percebendo qual poderá ser o contributo do EEESMO.

Foi também garantido às participantes o acesso aos resultados e assegurada a confidencialidade.

As mães da presente investigação foram referidas como “mães” e representadas pela letra M(x), em que x designa o número da entrevista.

2.5. TRATAMENTO DOS DADOS

Para analisar os dados recolhidos, realizou-se a Análise de conteúdo segundo Bardin que permite uma análise temática a partir das respostas recolhidas (Bardin, 2018). Este tipo de análise visa a utilização de várias técnicas de análise de comunicação, que através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens e indicadores permitam a dedução de conhecimentos relativos aos temas em estudo. Ainda os mesmos autores, afirmam que a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de ferramentas temáticas, em constante aperfeiçoamento, que se presta a analisar diferentes fontes de conteúdos (verbais ou não-verbais) (Bardin, 2018).

Assim, do ponto de vista da organização e análise de dados, esta metodologia permite-nos realizar uma descrição objetiva, sistemática do conteúdo extraído das comunicações dos participantes no estudo e sua respetiva interpretação.

A organização dos dados que emergiram das entrevistas, foi efetuada através do programa Nvivo13, segundo as orientações de Laurence Bardin (2018) para a análise de conteúdo.

O Programa NVivo é um software de análise de dados qualitativos desenvolvido para fornecer a um espaço de trabalho e reflexão a fim de organizar, visualizar e analisar os dados não estruturados e qualitativos provenientes de um trabalho de investigação.

Este programa proporciona uma gestão dos dados provenientes de várias fontes e formatos, como a entrevista semi-estruturada.

Através deste aplicativo é possível realizar uma organização e disposição da informação obtida, aprofundando a própria análise de conteúdo (codificação, consultas, visualização) e identificar correlações entre as suas diferentes fontes (diferenças, semelhanças, conexões).

O quadro seguinte exemplifica a correlação das etapas de criação do projeto NVivo com a etapas fulcrais definidas por Bardin para a análise de conteúdo (Bardin, 2018).

Quadro 1: Correlação da análise de conteúdo de Bardin com utilização do programa Nvivo.

	Critérios para realização da análise de conteúdo segundo Bardin (2018)	Etapas da criação do projeto no programa Nvivo 13
Correlação da análise de conteúdo de Bardin com utilização do programa Nvivo 13	A pré-análise:	1. Criação do “projeto” no NVivo13; 2. Importação das entrevistas; 3. Criação de casos/indicadores;
	A exploração do material:	6. Caracterização das participantes; 7. Estudo da frequência de palavras (Nuvem de palavras) 8. Codificação “Mapa do Projeto”; a. Codificação inicial b. Reformulação da codificação
	O tratamento dos resultados:	7. Mapa de projeto (representação dos temas, categorias e subcategorias).

Bardin (2018) refere que a análise do conteúdo será constituída por três diferentes fases sucessivas:

- ✚ A primeira fase corresponde à de pré-análise;
- ✚ A segunda fase procede-se à exploração do material;
- ✚ Na terceira fase, irá ser realizado o tratamento dos dados e a sua interpretação.

Bardin (2018) define a pré-análise como sendo a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuição, que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um esquema preciso do

desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Recorrendo ou não ao computador, trata-se de estabelecer um programa que, podendo ser flexível, deve, no entanto, ser preciso.

A segunda fase, a exploração do material, o autor refere que esta consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas.

A última fase, refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação, tal como já tinha sido referido anteriormente.

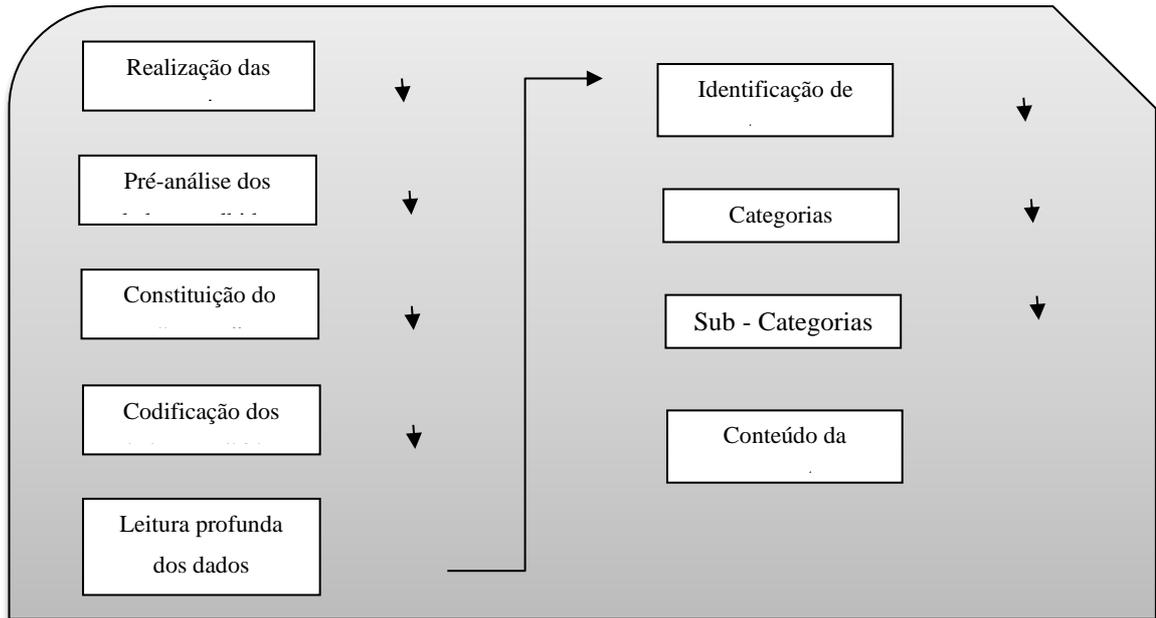
Bardin (2018) diz que os dados são tratados de maneira a serem significativos (...) e válidos. Operações estatísticas simples (percentagem) ou mais complexas (análise fatorial) permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise.

Segundo o mesmo autor, a análise de dados engloba assim processos de classificação, combinação e comparação do conteúdo resultante da recolha de dados de forma a obter o seu significado e implicações.

Após a realização de cada uma das entrevistas, foi efetuado o seu registo por escrito em suporte informático (Microsoft Word). Posteriormente foi realizada uma pré-análise dos dados colhidos, sendo este o primeiro contacto analítico com o mesmo. Após esta pré-análise, procedeu-se à constituição do designado “corpus” do estudo, isto é, selecionou-se todo o material obtido para análise a fim de se obter resultados. De seguida, codificaram-se os dados colhidos, tendo por base a informação recolhida após realização das entrevistas. Depois destas etapas descritas, foi efetuada uma leitura profunda dos dados. Assim, tornou-se possível obter a identificação de temas, dos quais surgiram posteriormente categorias e destas, subcategorias e respetivos conteúdos de resposta de forma a codificar as informações relevantes para o estudo.

A figura 2 ilustra de forma sintética o procedimento efetuado, sendo que, como já referido, teve por referência Bardin.

Fig.2: Processo de análise de conteúdo



Fonte: Bardin, L. (2018). Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal. Edições: 70, Lda.

De modo a organizar todas as fases da investigação, encontra-se em Apêndice (III), o cronograma com todas as etapas e respetivos *timings* a que a investigação foi sujeita.

3 - RESULTADOS

No presente capítulo será executada uma descrição da amostragem e consequente apresentação dos resultados, que surgiram das entrevistas realizadas às mães organizadas por categorias e subcategorias.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nas investigações qualitativas as pessoas que integram o estudo podem ser denominadas por informantes ou participantes (Streubert & Carpenter, 2013). Neste estudo optou-se pela designação de “mães” ou participantes.

Conforme se pode verificar no quadro 2, Aceitaram participar neste estudo 24 mães com idade entre os 20 e os 36 anos (média de 29 anos). A data dos partos das mães que fizeram parte integrante do estudo decorreram desde abril de 2020 a setembro de 2020. Registou-se uma qualificação académica elevada com 58% das mulheres com ensino superior e as restantes 42% com qualificações ao nível do ensino secundário. O seu estado civil é maioritariamente a união de facto/ casadas 75%, seguindo-se as mulheres solteiras 25%. No que diz respeito à sua situação profissional, verifica-se que somente 25% das participantes reportaram estar desempregadas. A distribuição do seu local de residência é diversificada contando-se 33,3% parturientes na Zona de Lisboa e Vale do Tejo, 33,3% na Zona centro, 16,6% na zona norte e igualmente 16,6% na zona do Alentejo e Algarve. No que diz respeito ao local do parto somente 8,3% indicam que o parto não sucedeu na sua zona de residência, sendo que este ocorreu nos serviços de obstetria das maternidades.

Quadro 2: Dados sociodemográficos das mães

Variáveis		Mães
		n (%)
		24 (100%)
Idade	20-30 anos	14(58%)
	31-35 anos	9 (38%)
	36-40 anos	1 (4%)
Estado civil	Solteira	6 (25%)
	Casada/união facto	18 (75%)
Habilitações académicas	Ensino secundário	10 (42%)
	Ensino superior	14 (58%)
Situação atual de emprego	Desempregada	6 (25%)

	Empregada	18 (75%)
--	-----------	----------

A globalidade das participantes indicaram que o seu tempo de gravidez decorreu entre as 37 semanas e as 42 semanas completas, apresentando um parto de termo. Somente 12% das participantes reportaram ter frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade. O tipo de parto foi maioritariamente eutócico 67% e distócico os restantes 33%. 54% parturientes referem ter sido submetidas a Episiotomia e 50% sofreram laceração espontânea do Períneo. O tipo de analgesia globalmente utilizado foi a Epidural (83%), relatando apenas 13% parturientes não ter tipo nenhum aporte farmacológico e apenas uma, 4%, foi submetida a medicação endovenosa. A maioria das parturientes, 71%, revelou que contou com a presença do seu acompanhante no momento do parto. A idade dos bebés seria até seis meses de idade (quadro 3).

Quadro 3. Dados relativos ao percurso da gravidez e parto das mães.

Variáveis		Mães n (%) 24 (100%)
Frequência em sessões de preparação para o parto e parentalidade	Sim	3 (12%)
	Não	21 (88%)
Tipo de parto	Eutócico	16 (67%)
	Distócico	8 (33%)
Episiotomia	Sim	13 (54%)
	Não	11 (46%)
Laceração do períneo	Sim	12 (50%)
	Não	12 (50%)
Analgesia	Epidural	20 (83%)
	Endovenosa	1 (4%)
	Nenhum	3 (13%)
Presença de acompanhante	Sim	17 (71%)
	Não	7 (29%)
Idade do bebé	≤ 6 meses	24 (100%)

3.3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

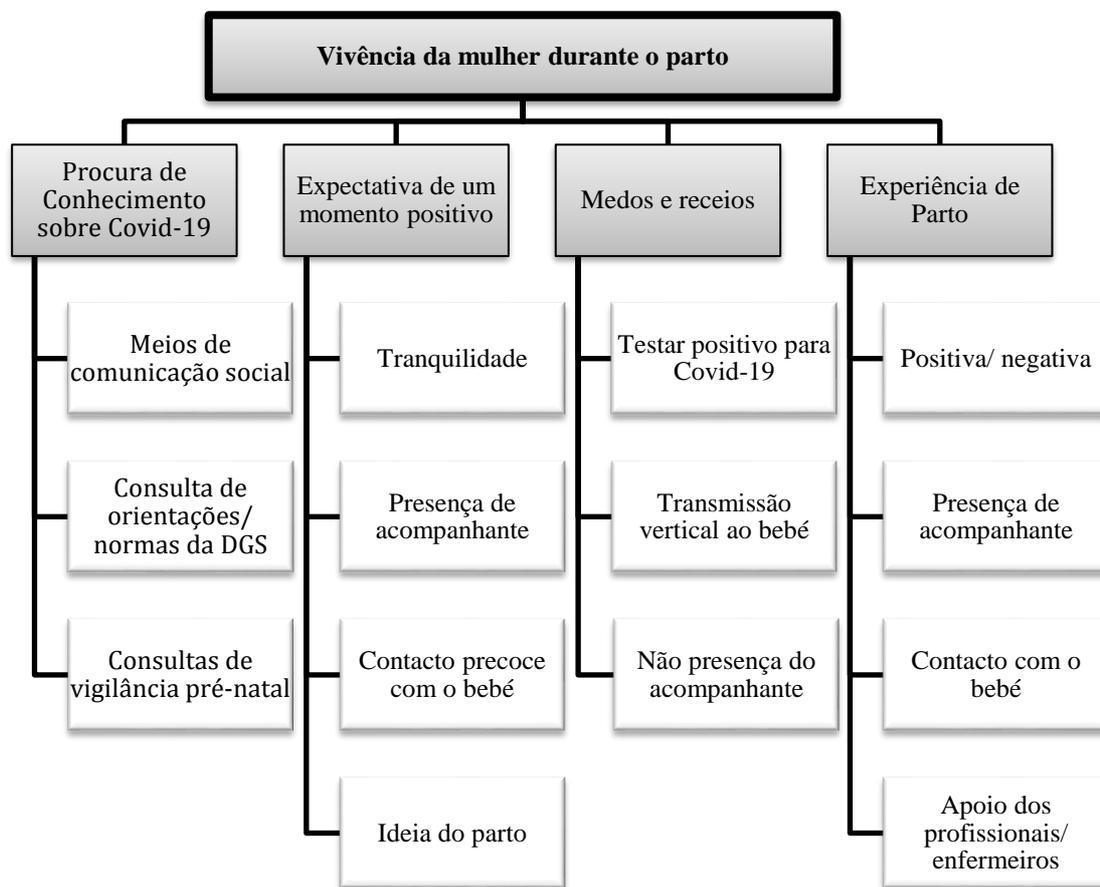
Como tem sido prática ao longo deste documento, esta investigação pretende **“descrever a vivência da mulher na fase final da gravidez, como preparatória para o TP, e durante o TP no período pandémico Covid-19”**. Perante a recolha de dados que foi realizada e sua conseqüente análise, emergiram quatro (4) categorias e quatorze (14) subcategorias que se apresentam como a **“procura do conhecimento sobre a pandemia Covid-19”**, as **“expectativas de um momento positivo”**, os **“medos e receios”** e a **“experiência de parto”** vivenciada pelas mães no decurso do seu processo de TP (quadro 4).

Quadro 4: Categorias e subcategorias emergentes das entrevistas às mães

Categorias	Subcategorias
Procura de Conhecimento sobre Covid-19	Meios de comunicação social
	Consulta de orientações/normas da DGS
	Consultas de vigilância pré-natal
Expectativa de um momento positivo	Tranquilidade
	Presença de acompanhante
	Contacto precoce com o bebé
	Ideia do parto
Medos e receios	Testar positivo para a Covid 19
	Transmissão vertical ao bebé
	Não presença do acompanhante
Experiência de Parto	Positiva/negativa
	Presença de acompanhante
	Contacto com o bebé
	Apoio dos profissionais/enfermeiros

Mapa do Projeto

Fig.4: Organigrama da categorização



3.3.1. Procura de conhecimento sobre Covid-19

O presente estudo nasce de um acontecimento que influenciou a vida/saúde de todos, modificando por completo o dia a dia da população e das diversas sociedades a nível mundial.

O vírus SARS-Cov2, trouxe inúmeros desafios para a comunidade científica e a maioria das questões que foram emergindo, não trouxeram consigo as respostas esperadas, conduzindo a um enorme desconhecimento das complicações provocadas por esta nova estirpe.

Relacionado com esta categoria emergiram três (3) subcategorias que procuram identificar de onde surgiu a literacia patogénica da Covid-19: “*meios de comunicação*

social”; “*consulta das orientações/ normas da DGS*”; “*consultas de vigilância pré-natal*”.

“*Meios de comunicação social*”

A comunicação social engloba processos de propagação de informação, de persuasão e entretenimento da população. Já os meios de comunicação social são canais, vias de disseminação de informação. Canais estes, que consistem em sistemas de emissão e transmissão de mensagens para a população em massa. Os meios de comunicação social em massa são os responsáveis pela transmissão de informações para a grande maioria da população na atualidade. O conhecimento que as mães possuíam na altura do parto foi segundo estas, obtido por estas vias de comunicação, onde se destacam programas televisivos, jornais diários, internet e rádio.

M6 “Pela comunicação social (...) no meu local de trabalho.”

M9 “(...) Aprendi nos meios de comunicação social, com equipas médicas e através da leitura dos poucos artigos/opiniões de virologistas.”

M17 “Muito do que aprendi foi na televisão, ao ver as notícias. (...)”

“*Consulta de orientações/ normas DGS*”

A DGS é um serviço proporcionado pelo Ministério da saúde que integra o Estado fazendo parte da sua administração direta. Sendo esta uma entidade de referência para todos os intervenientes da área da saúde.

Uma das suas importantes intervenções na população portuguesa prende-se com a análise e a divulgação de informação em saúde, de forma a gerir emergências de saúde pública tais como, a pandemia Covid-19, que se iniciou em 2020. Este é um organismo essencial para a regulação das atividades da área da saúde, considerado um elemento de destaque nesta investigação, uma vez que todas as normas e orientações divulgadas por esta entidade (relacionadas com a Covid-19) tiveram consequências diretas na população alvo e no objeto de estudo.⁴

Apesar da atividade da DGS ser centrada nos interesses máximos dos cidadãos, a grande maioria das mães mostrou-se extremamente desagradada com as medidas que foram

⁴ Fonte: <https://www.dgs.pt/>

impostas onde se destaca claramente a impossibilidade de acompanhamento do pai (ou outro familiar) nas consultas (e nalguns casos, no TP).

M6 “Pela (...), “DGS” e informação do meu local de trabalho (...)

Sim, tive conhecimento das medidas da “DGS” e também da sua incongruência, inconsistência e impraticabilidade. Desde o uso da máscara por parte da parturiente, seja Covid-19 positiva ou negativa. à possibilidade muito real de que lhe seja negado acompanhante (...)
“

M5 “As medidas da “DGS” que me geraram desconforto foi a impossibilidade de ter acompanhante (...)

M11 “(...) a questão do acompanhamento ainda me deixa revoltadíssima, por mim e por todas as mães e pais e filhos. (...) Nem vou falar das reportagens obscenas em maternidades deste país onde separaram mães e filhos e deitaram leite fora com orgulho, contra todas as boas práticas e sem qualquer desculpa razoável. A “DGS” teve uma conduta lastimosa. As orientações seguiram da forma mais desorientada possível e com consequências vergonhosas para a história da saúde materno infantil.”

Não obstante à importância das apreciações da maioria, um número reduzido de entrevistadas refere que as medidas impostas não influenciaram negativamente a vivência do pré e pós-parto.

“Consultas de vigilância pré-natal”

A gravidez é uma fase que comporta modificações fisiológicas, corporais e emocionais, culminando com o nascimento de um novo ser. O maior dado adquirido que existe é que todas as gestações são diferentes. A gravidez é um momento único no ciclo vital de qualquer mulher pelo que uma vigilância e acompanhamento holístico é fundamental. A adequada vigilância pré-natal diminui comprovadamente riscos para a mãe e bebé/s.

É um acompanhamento que se concretiza, maioritariamente nas unidades de saúde na comunidade (salvo raras exceções onde a mulher deve ser orientada em serviços de saúde especializados por patologias concomitantes à gravidez) sob a orientação de uma equipa multidisciplinar onde o EEESMO atua. Independentemente do contexto pandémico, as consultas de vigilância pré-natal foram consideradas prioritárias para as unidades de

saúde, ao contrário de muitas outras especialidades que viram as suas consultas serem constantemente adiadas a fim de diminuir o risco de contágio. Nas vigilâncias efetuadas ao longo do período pandémico, as grávidas viram-se necessitadas de um maior apoio em relação à necessidade de informação sobre a Covid-19.

Relativamente às orientações sobre a Covid-19, globalmente todas as entrevistadas estavam a par das mesmas, referindo que foram informadas pelo médico obstetra que as acompanhava ou por elementos da equipa de enfermagem.

M2 “a minha obstetra também é obstetra na maternidade e informou-me atempadamente de todas as medidas adotadas. (...)”

M10 “Sim o meu obstetra explicou-me as medidas. Sou de acordo com as medidas porque primeiro está a segurança do bebé. (...)”

M12 “(...) quem me informou foram as próprias enfermeiras das mesmas.”

3.3.2. Expectativa de um momento positivo

Esta categoria evidência o processo idealizado pela parturiente, sobre a conjuntura em que sucederia o parto e todas ocorrências desejadas relacionadas com esse momento.

O parto constitui um marco extremamente especial para o núcleo familiar e de forma ainda mais particular para a mãe. Este instante, que pode ser mágico ou trágico, encerra nele todo um conjunto de angústias que se materializam na idealização e preparação para o parto.

Foi possível observar diversos aspetos ao longo das entrevistas que revelaram que as expectativas e desejos das mães em relação ao parto ideal que foram diferentes do parto real. De uma forma global, considera-se que emergiram quatro (4) subcategorias a fim de construir uma expectativa positiva do momento do parto para as mães inquiridas como a **“Tranquilidade”**; a **“Presença do acompanhante”**; o **“Contacto precoce com o bebé”**; e a **“Ideia do parto”**:

“Tranquilidade”

Com objetivo de usufruir de um momento calmo, relaxado num ambiente familiar; de ter uma equipa multiprofissional que valorizasse o plano de parto e, acima de tudo, respeitasse e informasse a parturiente;

M2 “Talvez numa piscina com alívio da dor da água quente.”

M20 “Para mim a experiência de parto perfeita seria num ambiente calmo, com a minha pessoa de referência, onde os profissionais de saúde acompanhassem o TP com tranquilidade e honestidade. (...) Onde fosse respeitado o tempo do meu corpo e o tempo do meu bebé.”

M24 “Em casa, no meu ambiente, no meu meio rodeada de tudo o que me era familiar sem me preocupar com um local novo.”

“Presença de acompanhante”

Este fator foi bastante mencionado pela generalidade das mães, em que se assume que o momento do parto deve ser vivenciado com a pessoa significativa para a grávida, por apresentar sentimentos de empoderamento e percepção de segurança, credibilizando a mulher e fazendo-as sentirem-se apoiadas por alguém em quem sempre confiaram.

M 1 “Gostava que o pai estivesse presente (...)”

M2” Acho que ele tinha todo o direito em estar presente na fase mais bonita da nossa vida e que isso teria contribuído ainda mais para vivenciar o parto de maneira positiva (...).”

M19 “Gostava que o meu marido pudesse ter estado do meu lado, mas infelizmente não deixaram por não ter o teste do Covid-19 feito (...).”

“Contacto precoce com o bebé”

Existindo uma expectativa enorme acerca deste momento, as mães vão definindo as suas preferências em relação ao que acontece desde o momento em que entra em TP até que tem alta. Assim, a investigação centrou-se em explorar estas mesmas expectativas contrapondo-as com a realidade em si. Foi possível verificar que o desejo de realizar contacto pele a pele e /ou prolongar o tempo de contacto físico com o bebé, foi o fator de maior menção pelas parturientes.

M3 “Gostava de fazer contacto pele com pele (...)”

M10 “Gostaria que me fosse proporcionado a técnica pele a pele e não pele com "bata", visto eu ir estar com a bata do hospital”

M12 “Gostaríamos que fosse o pai a cortar o cordão umbilical”

M14 “Gostaria de ter oportunidade de ver o bebê quando nascer ou sequer de olhar para ele. (...)”

“Ideia de parto”

O final da gravidez culmina no parto, momento este que materializa a transição para a parentalidade já iniciada na gravidez.

Este momento, tão especial na vida de uma mulher, não é imune às relações sociais estabelecidas e, muitas parturientes, revelaram ter ouvido diversos relatos, provocando sentimentos como o medo e receio, mas que a outras deixou indiferentes (embora confiantes na jornada que iriam enfrentar). A experiência do seu núcleo familiar mais próximo (mãe, irmãs), o acompanhamento médico, assim como a pesquisa autônoma sobre o momento constituíram a base da sua preparação.

M 15 “Ouvi muitos relatos, mas nenhum me perturbou para o que fosse o meu TP, vários familiares e amigos partilharam opiniões, mas nenhuma me assustou. Cada mulher é diferente e cada mulher sente e vive as coisas de forma diferente. Simplesmente me guiei pela equipa médica e pelos seus métodos.”

M18 “Eu ouvia tanta coisa acerca do parto que estava cheia de medo. Com receio do que pudesse acontecer. As pessoas falam sobre tanta coisa sem conhecimento nenhum! Acho que o melhor mesmo é seguirmos a nossa intuição e, o principal de tudo, é descontraírmolos, pois, os nervos só atrapalham ainda mais.”

De uma forma global, considera-se que existiam três idealizações a fim de equalizar uma ideia de parto positiva: pouca dor (conscientes de que a dor faz parte do processo) e sem recurso a materiais (fórcps ou ventosas) ou recursos cirúrgicos (episiotomia); uma equipa de profissionais de saúde que levasse em linha de conta o plano de parto e, acima de tudo, respeitasse e informasse a parturiente; e a presença do pai do bebê.

M 20 “Para mim a experiência de parto perfeita seria num ambiente calmo, com a minha pessoa de referência, onde os profissionais de saúde acompanhassem o TP com tranquilidade e honestidade. Poder realizar o

plano de parto que tinha em mente. Onde fosse respeitado o tempo do meu corpo e o tempo do meu bebê.”

M4 “Gostava de ter evitado a ventosa e episiotomia (...)”

M8 “Gostava de ter usufruído mais da liberdade de movimentos, mas a dor intensa que sentia fez com que me quisesse deitar e senti que não me conseguia mexer mais”

3.3.3. Medos e receios

O medo e os receios, que dele advêm, surgem ao ser humano como uma emoção. Emoção essa que surge por sua vez como reação ao perigo. Quando existe uma ameaça, a pessoa entra num estado de alerta, procurando proteção, iniciando uma resposta corporal somatizada em que a frequência cardíaca e respiratória se elevam, existindo um misto de sensações desagradáveis com o objetivo do ser humano ser capaz de reagir, com propósito imediato ao perigo que pode surgir. Estas emoções remontam à mais básica resposta que o ser vivo desenvolveu com vista à sobrevivência. Também aqui, a grávida, futura mãe, possui esta resposta que se inicia quer por um relato negativo que ouviu, quer pela informação (ou falta dela) relativamente ao momento desafiante que é o parto ou relativamente à atual pandemia. Associados ao medo, podem surgir sentimentos como insegurança, preocupação, ansiedade, nervosismo, susto, pânico. Sentimentos estes que são descritos por algumas mães.

Neste sentido, existiu necessidade de agrupar três (3) grupos de respostas, subcategorias, que deram significado aos medos e receios mais prevalentes para as parturientes entrevistadas. Sendo eles o medo e receio de: **“Testar positivo para Covid-19”**; **“Transmissão vertical ao bebê”**; e a **“Não presença do pai/acompanhante”**.

“Testar positivo para Covid-19”

Um dos receios mais evidentes referidos, estava relacionado com a possibilidade de se encontrarem positivas para Covid-19 o que poderia condicionar quer a separação da mãe/bebé, quer o futuro do estado de saúde de ambos.

M10 “Que o meu teste desse positivo, e que não me deixassem estar com o meu filho! (...) Tinha mais medo disso do que do parto em si!!”

M12 “Tinha medo de chegar ao hospital e ao fazer o teste desse positivo (...).”

M 21 “Aquilo que sempre me preocupou, foi chegar ao momento de fazer o teste e dar positivo e todos os constrangimentos que daí viessem (...).”

“Transmissão vertical ao bebê”

Se um dos medos e receios mais frequentemente referidos pelas mães durante a presente investigação, prendia-se pela possibilidade de estarem infetadas pelo vírus da Covid-19, maior era ainda o pânico quando se referiam à transmissão entre mãe e bebê por via do parto. No que remonta aos meses de recolha de dados deste estudo, não existiam evidências científicas que suportassem que tal facto fosse ou não fosse verdadeiro, o que levou a uma grande especulação por parte dos profissionais, a fim de quererem salvaguardar a saúde de todos, tomando as medidas que se apresentavam na altura como eficazes (entre elas o isolamento).

M12 “Tinha medo de chegar ao hospital e ao fazer o teste desse positivo (...).”

M15” O meu maior receio era ser contagiada, passar à minha bebé na barriga e ela morrer”

M 16 “Apesar de na altura não haver evidências de transmissão vertical, esse era o meu maior medo (...).”

“Não presença de acompanhante”

Qualquer pessoa que vivencia um momento novo, desafiante, num meio desconhecido (hospitalar) tem tendência em demonstrar sentimentos de insegurança. Assim, como quando na infância a importância da presença de uma figura de referência tranquiliza a criança, o acompanhante escolhido pela grávida também terá o seu valor de extrema importância para a parturiente. Os sentimentos que advém de uma situação de stress podem ser demasiado intensos e vivenciados num curto espaço de tempo, o que para os profissionais de saúde parece rotineiro para a mãe/ casal, é vivenciar o desconhecido. Existindo uma figura de referência, não só a mãe se sente mais tranquilizada pelo elemento de transição, mas como também se sente compreendida de forma a ter uma perspectiva de que o medo, perigo que sente pode ser controlado.

A impossibilidade do pai/ acompanhante em estar presente no momento do TP, surgiu na quase totalidade das respostas das mães.

M9 “O pai não poder estar presente, visto que era o meu primeiro filho, queria muito que ele estivesse. Tinha muito medo que mentalmente não me aguentasse a todo o processo sozinha. (...)”

M 18 “Estar sozinha, naquele que é dos momentos mais importantes da vida de um casal”

M20 “O meu maior receio era não ter o meu namorado a acompanhar me no TP,”

3.3.4. Experiência de parto

A circunstância do Parto é o momento em que se materializam todos as expectativas/sonhos de uma mãe e se confirmam ou não as suas expetativas. A palavra dor (dores) é muito evocada na recordação e relato do parto. A dor, em alguns casos, foi atenuada pela aplicação da Epidural e pela consciência de que a sua origem tem um propósito que se consubstancia em trazer à vida o seu filho(a). Esta categoria comporta quatro (4) subcategorias onde as mães descrevem a vivência do TP. Apresenta-se assim uma avaliação que a parturiente faz de toda a situação vivenciada, se foi “**positiva ou negativa**”, se teve a possibilidade de ter ou não a “**presença de acompanhante**”, como foi o “**contacto com o bebé**”, permitindo de igual forma uma reflexão sobre o que a mãe gostaria de ter vivenciado enfatizando o “**apoio dos profissionais/ enfermeiros**” que a acompanharam durante o processo de TP.

“Positiva/negativa”

A descrição do parto é sempre pessoal e individualizada, facto que foi possível perceber através das evocações das mães, que evidenciam que cada parto contém uma história particular. Alguns relatos mais simples que outros, que se complicam e prolongam, mas todos são considerados momentos de elevado valor emocional.

M2 “A nível emocional, assim que a menina nasceu desabei a chorar, penso que numa mistura de descarga de adrenalina, cansaço extremo e felicidade. A nível espiritual não pensei muito sobre o assunto, mas dou por mim a lembrar e a pensar muita vez que a mulher é um ser incrível e como é possível funcionar tudo tão perfeitamente para aquele momento final.”

M13 “A dor esteve presente, mas é uma dor que se for dada a devida serenidade e emoção, é perfeitamente sentida porque sabemos que vai passar e tem um objetivo muito positivo.”

M20 “Só pensava em como é que um momento que supostamente era para ser tão bonito para uma mãe, podia ser tão doloroso. Mas a verdade é que os medos e as dores passaram assim que eu vi e senti o meu filho pela primeira vez, tornando-se um momento muito positivo.”

Das 24 mães entrevistadas, a maioria considerou que a experiência vivenciada correspondeu às suas expectativas. A percepção de uma experiência é isso mesmo, uma percepção inteiramente pessoal e intransmissível de ser vivida por outra pessoa, para além dela própria, pelo que se entende que esta categoria é extremamente subjetiva e pessoal dizendo respeito inteiramente a cada participante, não podendo ser julgada por outra pessoa para além dela mesma. Por conseguinte, a maioria atribui um significado positivo a esta experiência.

M3 “Positiva e satisfatória por todo o acompanhamento das equipas desde o internamento pré-bloco, onde iniciei a minha indução, passando pelo BP e até mesmo no puerpério. (...)”

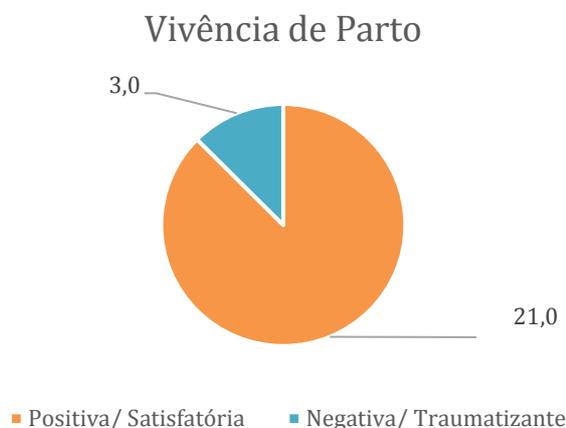
M4 “Apesar de tudo, foi uma experiência positiva...mesmo com todos os imprevistos, foi o momento mais lindo da minha vida!! Já disse várias vezes, que mais depressa voltava a parir do que voltava a fazer o teste Covid-19.”

M5 “A Experiência de TP foi positiva, senti-me sempre segura (...)”

M15 “Não houve nada que quisesse vivenciar a mais no TP que não aconteceu, correu tudo como pedi, o plano de parto foi cumprido e só houve modificação com o meu consentimento”

Durante o processo de recolha de dados a investigadora sentiu necessidade de colocar uma pergunta de reposta curta, solicitando às participantes que classificassem a sua experiência de parto como positiva/satisfatória ou negativa/traumatizante. Ao que da totalidade das participantes (24), 87,5% (21) responderam que consideravam ter tido uma experiência positiva/satisfatória, enquanto as restantes 12,5% (3) classificaram a sua experiência como negativa/traumatizante (figura 5).

Fig. 5: Representação gráfica da vivência do parto pelas mães



🚦 *Presença do acompanhante*

O momento do parto é um dos mais desafiantes na vida de qualquer mulher, em que muito do esforço executado pela mulher tem de partir de ferramentas que a própria vai construindo mentalmente ao longo da gravidez e do próprio TP. Todas as experiências e crenças prévias, são determinantes para a expectativa da mulher sobre este momento, daí a futura mãe necessitar de se sentir apoiada pelo acompanhante de eleição para conseguir vivenciar a maratona que se avizinha. O acompanhante é o elemento de transição para o conforto e empoderamento da mãe, é considerando o “conhecido e o frequente” para um momento pontual e desconhecido. Para além de um direito, a **presença de acompanhante** ao longo do TP, foi considerada uma necessidade extrema para a maioria das mulheres do estudo. Sete (7) mães não tiveram acompanhante durante a sua experiência de TP e das restantes dezassete (17) que tiveram essa oportunidade na sua totalidade, o acompanhante eleito foi o progenitor da criança.

M 1 “Sim o pai. Acredito que me ajudou a manter a moral e o bom humor possível na fase expulsiva prolongada. Sem ele, não sei se teria tido forças para tentar durante tanto tempo, sobretudo continuando a sentir algumas dores.”

M 13 “Sim, o pai...e foi absolutamente fundamental para evitar uma cesariana, diria até”

M 18 “Sim (...) Senti que o meu marido, (...) me ajudaram e apoiaram muito (...).”

As participantes que **não tiveram** a presença de acompanhante, manifestaram sentimentos de solidão, tristeza e incapacidade para efetuar esforços expulsivos, associando assim esta causa, a certos procedimentos e técnicas desnecessárias e complicações de TP.

M3 “Se o pai do bebê estivesse presente, penso que eu estaria mais tranquila nesse momento, e ia tornar tido tão mais especial e lindo (...)! É muito ingrato o pai não puder vivenciar essa emoção com a mãe! (...)”

M 2 “Caso tivesse tido oportunidade de ter acompanhante durante todo o TP certamente teria sido tudo mais fácil (...)”

M8 “Se tivesse tido o meu marido perto de mim teria tido uma experiência de parto ainda melhor por momentos senti me sozinha, deu me vontade de chorar por não o ter ali ao meu lado a dar me apoio e por saber que era algo que ele tinha muito gosto em partilhar comigo e não pode fazer isso. Foi uma das auxiliares que contactou o pai, para vir ver o bebê (...)”

M12 “Não tive acompanhante, senti-me sozinha (...)”

M6 “Interferiu muito. Devido a todo o medo que senti, acho que exagerei na força que fiz (...). Tive muito medo de continuarem a não respeitar o meu tempo e de começarem com intervenções, como fez a enfermeira que me estava a acompanhar.”

As mães que não tiveram a possibilidade de ter presente o pai/accompanhante, verbalizaram fortemente o apoio que os profissionais de saúde tiveram em relação a este aspeto.

Considerando a importância das relações precoces estabelecidas na gravidez e parto entre a mãe/bebe, é de referir que todas as participantes possuíam um núcleo de conceção de 3 pessoas, a mãe, o pai e o bebê. Todas as participantes foram acompanhadas na ida para a maternidade/instituição de saúde pelo progenitor do bebê. A presença do progenitor é descrita com palavras e emoções positivas por todas as participantes, onde todas reiteram a importância da sua presença.

M1 “Para ele, pai, que pode assistir ao nascimento da filha e conhecê-la imediatamente era importante para ambos (...) Foi um momento lindo que irá ficar marcado na memória dele para sempre. “

M5 “Ficou feliz por estar presente no parto. (...)”

M7 “Ele esteve sempre presente e muito feliz”

Perante a atual situação pandémica, foi possível observar duas situações distintas entre os casos estudados como consequência direta da permissão ou não da **presença do acompanhante** pelas instituições. As situações positivas analisadas foram descritas pelas participantes que puderam ter a presença do acompanhante, neste caso o progenitor do bebé durante algum momento do TP.

Por outro lado, verificou-se o impacto negativo da não permissão por parte das instituições, ao acompanhamento da parturiente durante o momento do parto e TP. Este impedimento, afetou a maioria das intervenientes em causa e os seus acompanhantes. Sentimentos tais como, revolta, tristeza, infelicidade, frustração e impotência foram os mais observados pelas grávidas em relação ao seu acompanhante.

M4 “O meu acompanhante sentiu-se bastante triste e frustrado por ter sido privado de estar presente”

M19 “A principal sensação foi a de impotência. O de não estar a acompanhar nem poder ajudar. Também perdeu a noção do que realmente se passou durante todo o processo.”

M12 “Sentiu-se revoltado pois afinal também é o pai e tinha todo o direito de ver a filha nascer. Só a pôde conhecer 3 dias depois, o que o deixou bastante triste”

A impossibilidade de as parturientes comunicarem com os seus acompanhantes e famílias também foi descrita na medida em que foram os profissionais de saúde da instituição a comunicarem a notícia de nascimento.

M3 “Não conheceu logo a filha e ficou a saber por outrem, não por mim, que a filha já tinha nascido (...)”

Pelo contrário, os relatos das mães que puderam contar com a presença do parceiro reforçam a importância do seu papel de apoio em toda a envolvimento do parto.

M9 “Tive medo de não aguentar as dores físicas, mas o apoio (...) do marido foram cruciais.”

M14 “(...) e sem dúvida que o que fez a diferença foi a presença do meu companheiro durante todo o TP.”

A pandemia marcou todos os partos de uma forma ou de outra. Pela exigência de fazer o teste e pela possibilidade de testar positivo (M2, M3, M7, M18), da obrigatoriedade do uso da máscara durante todo o processo (M7, M8, M15), pelos condicionamentos colocados ao acompanhamento do parceiro ou mesmo o seu impedimento de estar presente no momento do parto (aspeto este muito relevante para as mães).

M6 “A nível psicológico estava um pouco ansiosa por não poder ter o companheiro presente. (..)”

M12 “(..) o pai não pôde estar presente o que foi muito mau mesmo e me fez sentir sozinha, abandonada.”

M15 “(...) embora me tenha sentido ‘abandonada’ durante o tempo de TP, apesar de toda a equipa presente fizesse tudo para não nos sentirmos sozinhas, mas sem dúvida que a presença do pai fez toda a diferença.”

“Contacto com o bebé”

O contacto com o bebé é sem sombra de dúvidas o topo do momento do TP, onde a grávida e/ou casal, são confrontados com o bebé real. Na presente subcategoria, observou-se que uma vez mais, as mães e os seus bebés foram prejudicados por questões protocolares em relação à Covid-19. A maioria refere que teve contacto físico com o bebé, sendo possível realizar contacto pele a pele após o nascimento, contudo em algumas situações, como referido anteriormente, por questões protocolares esse contacto foi deficiente.

M1 “(...) Colocaram-na logo ao peito antes de cortarem cordão umbilical e depois também. Foi me permitido estar sempre junto dela”

M2 “Estivemos pele com pele durante todo o processo de dequitação e enquanto a médica suturava. (...)”

M6 “Fui eu que retirei o bebé, fizemos pele com pele e fui eu que cortei o cordão (...) Gostaria de ter prolongado a pele com pele, mas de forma a fazer a zaragatoa para Covid-19 exigiram vestir o bebé e retirá-lo do quarto durante a colheita”

Apenas uma parte muito restrita das mães, quatro (4), referem que não tiveram contacto físico com o bebé e dessas apenas uma (1) teve a possibilidade de ver o bebé.

M3 “Apenas me mostraram o bebé, mas levaram-no logo para o limpar e vestir (...)”

M11” Tiveram de levar logo o bebé para o pediatra ver se estava tudo bem (...)”

M16” Só vi e contactei com o bebé já na hora de ir para o quarto. (...)“

A maioria das participantes refere que o momento vivenciado correspondeu de forma positiva ao momento desejado.

M5 “Da maneira que foi. Foi perfeito”

M9 “Esteve logo junto de mim e amamentei logo que consegui. O pai cortou o cordão umbilical”

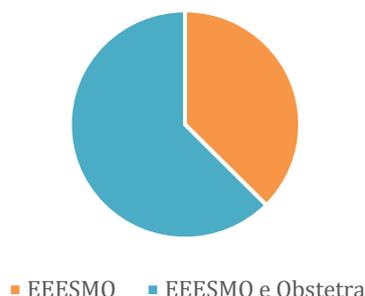
M11 “Acho que o meu contacto com o bebê foi perfeito (...)”

“Apoio dos profissionais/ enfermeiros”

Foi possível verificar quais os intervenientes maioritários durante o TP das participantes (figura 6). A grande maioria das mães, afirmou que o TP foi vigiado por dois profissionais diferenciados (o EEESMO e o médico Obstetra), quer em simultâneo (15 mães) e em separado (EEESMO) (9 mães).

Fig.6: Representação gráfica dos profissionais intervenientes no TP das mães

Profissionais intervenientes



Centralizando a atenção no EEESMO, tornou-se desde cedo importante, aferir quais as perceções que as parturientes tinham deste profissional, quer do seu papel enquanto profissional, quer da sua atuação enquanto prestador de cuidados.

Na grande maioria, o papel do EEESMO foi percecionado como sendo muito positivo durante o TP. Verificou-se que a sua prestação de cuidados se tornou preponderante para que as parturientes se sentissem esclarecidas e apoiadas, oferecendo estratégias eficazes no alívio da dor, entre outras intervenções técnicas. O EEESMO é tido como um profissional compreensivo, responsável e perito.

M3 “Apoiou me durante toda a fase expulsiva para eu fazer a força de forma adequada, esteve quase sempre presente na minha sala comigo, durante essas três longas horas, sempre preocupada (...)”

M7 “O parto foi inteiramente realizado pela EEESMO. Tranquilizou me é apoiou me quando necessário e respeitou os meus pedidos. Explicou-me tudo o que aconteceu (...)”

M13 “Explicou-me tudo, respeitou o meu plano de parto (...) respeitou o meu tempo, ajudou me no fim da expulsão do bebé. até pequenas coisas como sabendo que tinha história de retenção urinária pós-parto ajudar-me a relaxar para tentar urinar, abriu a torneira para ter som de fundo...estes gestos são incríveis)

M17 “Foi um papel importante, senti me bastante acarinhada e gostaria de me lembrar do nome da enfermeira para lhe agradecer o carinho com que me tratou.”

Apenas três participantes consideram que o papel do EEESMO não foi positivo e uma considerou ter necessitado de mais esclarecimentos por parte da equipa de enfermagem.

M1 “(...) Talvez assim não me tivesse sentido gozada pela enfermeira”

M12 “Sim, mas gostava que me tivessem explicado certas coisas, por exemplo quando me rebentaram as águas, ainda hoje não sei, e quantos pontos levei”

Os significados atribuídos pelas parturientes relativamente à atuação/papel do EEESMO, corroboram a ideia anterior onde se traduz uma perceção positiva, na sua maioria, destas mulheres face ao profissionalismo do EEESMO.

M 2 “Esse senhor enfermeiro parteiro foi impecável. Não tenho nada a apontar, senti-me muito bem muito respeitada e apoiada”

M 3 “A preocupação com o meu bem-estar, se precisava de reforço da epidural, se me sentia bem. (...)”

M8 “Senti-me confiante, assistida, mesmo autoconfiante!”

É necessário mencionar, que a transmissão de sentimento de segurança e de empoderamento, foi bastante referida pelas mulheres em que os profissionais de saúde/enfermeiros contribuíram para tal efeito.

M2 “Apesar de tudo a equipa que me acompanhou no parto foi porreira, mas a enfermeira que esteve sempre comigo foi impecável...foi ela que tirou as fotografias do bebé para enviar ao pai, e foi ela que enviou mensagem ao pai do bebé a informar da hora do nascimento, (...)”

M 6 “(...) Senti-me muito respeitada pelas primeiras duas equipas que apanhei. Sei que leram o meu plano de parto e respeitaram. Tinham palavras meigas e vozes carinhosas. (...)”

M 8 “Acompanharam-me as enfermeiras de serviço.”

M16 “Eu só queria que o bebé viesse cá para fora...quando ele não saía por causa da posição eu dizia que queria desistir (...), mas claro que as enfermeiras não permitiram isso, e deram-me bastante apoio (...)”

M4 “Senti me sempre acompanhada e segura. Os obstetras foram excelentes, assim como o enfermeiro (...).”

No entanto, também foram observados relatos negativos em relação aos profissionais de saúde, que se encontraram ausentes quase na totalidade (ou presentes apenas nos momentos estritamente necessários), proporcionando sentimentos de tristeza e solidão à mulher.

M 1 “Não me senti muito bem, sentia-me cada vez mais desanimada e desacreditada, não me apoiou e parecia que eu fazia tudo mal.”

M11 “(...) Senti me violada e senti que não fui respeitada em muitos aspetos”

M18 “Fizeram o toque. Nada mais.”

M 19 “Eu estive sozinha o TP todo. Apenas um pouco antes do período de expulsão é que entrou a obstetra que realizou o parto (...)”

M 12 “Não tive acompanhante, senti sozinha, (...) de forma esporádica entravam só para reportar o estado da situação. (...)”

DISCUSSÃO

Nesta fase do estudo são realçados os resultados mais importantes confortando-os e correlacionando-os com a revisão da literatura, que serviu de alicerce para a realização do presente estudo.

Procura de conhecimento sobre Covid-19

Tal como já foi mencionado precedentemente ao longo do trabalho, o vírus SARS-CoV2 desafiou toda a comunidade científica e conduziu a uma procura incessante de respostas por parte da mesma.

Com a célere progressão da pandemia a uma escala mundial, não se verificaram as respostas que seriam esperadas. Este facto, conduziu a um desconhecimento das possíveis complicações clínicas provocadas por esta nova doença, sendo a saúde alvo de particular atenção, sobretudo quanto à necessidade de partilha de informação junto da população, relativamente ao cumprimento de medidas e recomendações transmitidas pelas autoridades de saúde.

Segundo Noar (2006), as campanhas sobre saúde nos *media*, bem executadas, podem ter efeitos pequenos a moderados, não apenas em conhecimentos, crenças e atitudes sobre saúde, mas também nos comportamentos. Segundo o mesmo autor, o amplo alcance dos *media*, atinge milhares de pessoas e terá um impacto maior na saúde pública do que uma intervenção individual ou em grupo com um grande efeito, pois esta só atinge um pequeno número de pessoas.

Antes de estabelecer uma relação entre a comunicação de risco em saúde pública em Portugal e o caso da Covid-19, é importante definir o que se entende por este conceito.

Segundo a OMS, a comunicação de risco “*é parte integrante de qualquer resposta a emergências e consiste na troca de informação, aconselhamento e pareceres em tempo real entre peritos, líderes comunitários ou oficiais e as pessoas que se encontram em risco*” (pág.. IX). Acrescentando ainda que, “*durante as epidemias, pandemias, crises humanitárias e catástrofes naturais, a comunicação eficaz dos riscos permite às pessoas que se encontram em maior*

perigo compreenderem e adotarem comportamentos de proteção. Permite às autoridades e aos peritos auscultarem as populações e responderem às suas preocupações e necessidades, para que o seu aconselhamento seja relevante, confiável e aceitável” (WHO, 2018, pág. IX).

Relativamente à disseminação da Covid-19 em Portugal, as autoridades de saúde tentaram melhorar o comportamento de autoproteção entre os cidadãos, começando numa fase inicial por emitir avisos e recomendações sobre o novo vírus, e numa fase posterior, impondo restrições legais. Em Portugal, a resposta inicial foi bastante positiva, tendo a população, de forma muito significativa, aderido aos apelos e ao confinamento voluntário que foi maioritariamente realizado por televisão em exposições em direto por membros do ministério da saúde. Tal facto, vai ao encontro do resultado da análise das entrevistas, onde se verificou, por parte das mães, um conhecimento considerável acerca desta temática. Foi através dos meios de comunicação social, onde se destacam os programas televisivos, jornais diários, pesquisa na internet, rádio e informação partilhada e difundida pela DGS e OMS, que estas referem ter obtido precisamente essa informação que consideraram bastante válida. O contacto com profissionais de saúde, foi igualmente uma forma mencionada de obtenção de informação. Corroborando a ideia de que predominantemente, o contacto interpessoal, em particular com especialistas, enquanto modo de obtenção de informação em saúde é privilegiado (Espanha, 2020).

De acordo com Kickbush e Sakellarides (2006), a promoção da saúde pode contribuir de forma essencial para a abordagem da “nova saúde pública”, necessária para lidar com uma ameaça global de pandemia nas sociedades modernas. A promoção da saúde, apoiada na comunicação de risco em saúde, é uma necessidade objetiva para resultados efetivos em saúde pública e para o bem-estar dos cidadãos. Por outro lado, embora num número mais reduzido, algumas mães referiram não possuir um conhecimento significativo acerca deste tema. Do ponto de vista da presente investigação, esta ocorrência poderá ter sido provocada por uma comunicação desadequada, contraditória, pouco clara, parcamente relacionada com o desenvolvimento das vagas de Covid-19, gerando alarmismo constante por parte dos próprios meios de comunicação, nacionais (DGS) e internacionais (OMS). Ou seja, seria importante salientar que provavelmente as comunicações mais básicas do que deve ser uma comunicação de risco em saúde pública, foram insuficientemente aplicadas, o que levou a que uma parte da população se revelasse mal orientada e confusa, relativamente ao modo como seguir as indicações. A proliferação de despachos, normas,

orientações, quase diários, a regular o comportamento dos cidadãos (em diversas áreas), levou a que a informação chegasse à população de forma dispersa, o que originou maior indiferença e menor preocupação, tal como várias mães referiram continuamente ao longo das entrevistas bem como a incompreensão das medidas restritivas em algumas instituições. Prior (2020), corrobora precisamente o que foi mencionado precedentemente, ao afirmar que a comunicação pública de risco em Portugal foi bastante irregular e pouco tranquilizadora. Um dos exemplos que o autor utiliza é a declaração da Diretora Geral da Saúde ao Semanário Expresso, quando afirmou que, “(...), *no pior dos casos, Portugal pode chegar a um milhão de infetados.*”⁵ O mesmo autor, refere ainda que o desenvolvimento de uma estratégia nacional de comunicação de risco, que inclua um guia de comunicação política e operacional para crises, é essencial para promover a tomada da decisão informada, a mudança de comportamento e a manutenção da confiança nas autoridades públicas (Prior, 2020).

Apesar de ser notório ao longo do estudo, a preocupação das mulheres em encontrar informação válida acerca desta temática, nem sempre a fonte onde recorreram para a busca dessa mesma informação, foi a mais adequada. Espanha (2020), salienta que tanto em Portugal, como no resto do mundo, há uma abundância de informações disponíveis, com sites oficiais e não oficiais, no entanto o excesso de informação disponibilizado pelos *media*, ainda que bem-intencionado, pode criar confusão.

A DGS apesar de ser um organismo essencial para a regulação das atividades na área da saúde, com divulgações frequentes de normas e orientações, centradas nos interesses dos cidadãos, nem sempre conseguiu criar um feedback positivo junto dos mesmos.

Ainda de acordo com este aspeto, apesar de muitas mulheres salientarem a importância das consultas de vigilância pré-natal e o respetivo acompanhamento durante a gravidez por parte de uma equipa multidisciplinar, onde se destaca o papel do EEESMO, para adquirirem informação complementar, um grande número de mulheres mostrou igualmente um enorme desagrado com as normas/orientações impostas pela DGS durante a fase pandémica em Portugal. As maiores críticas verificadas, estão relacionadas com a impossibilidade da presença do pai nas consultas e no momento do parto, o que originou sentimentos de insegurança, solidão e abandono, como se verificou nos testemunhos das mães. Seria interessante existirem estudos a longo prazo acerca desta temática com o

⁵ <https://executivedigest.sapo.pt/graca-freitas-admite-1-milhao-de-infetados-em-portugal/>.

objetivo de conhecer, qual teria sido igualmente o impacto a longo prazo na vivência da parentalidade.

A comunicação de risco em saúde combina a exigência com os princípios básicos da comunicação em saúde e com as exigências das autoridades em saúde pública, para transformar o conhecimento médico, epidemiológico, comportamental, estatístico em mensagens e conceitos que o público possa entender, mesmo perante grandes dificuldades ou tensões políticas e sociais. A comunicação adequada com os *media* (ou através dos *media*), pode ser seguramente uma melhor maneira de fazer passar a mensagem para a população de forma efetiva e eficaz, o que leva a concluir que a promoção em saúde pode contribuir para enfrentar a crise sanitária, em particular com o seu impacto social.

Como nota final, durante a vivência da mulher no parto e no que diz respeito à procura do conhecimento sobre a Covid-19, salientam-se os meios de comunicação social, consulta de orientações/normas da DGS e nos momentos de consulta na vigilância pré-natal junto da equipa multidisciplinar especializada. Segundo Van den Broucke (2021), em tempos de crise, as pessoas querem estar bem informadas, para que saibam quais as medidas preventivas individuais que devem ser tomadas e como podem lidar com as consequências. Contudo, acredito que seja necessária a coordenação das principais mensagens difundidas entre o setor da saúde e as respetivas autoridades, e os restantes setores da sociedade, para uma resposta efetiva em termos comportamentais à pandemia. Para que a informação e a comunicação possam ser realmente úteis para os cidadãos, é necessário que sejam entendidas e aplicadas. As autoridades de saúde, no entender desta investigação, devem adaptar as informações ao nível de literacia dos cidadãos com que comunicam.

Expectativa de um Momento Positivo

Segundo Canavarro (2001) e Pacheco, et. al (2005), a vivência da transição gravidez/maternidade tem adquirido, ao longo dos tempos, importâncias diferentes dependendo do significado que lhe é atribuído, sendo este processo vivenciado de forma diferente conforme as expectativas da mulher. Não obstante ao avanço da ciência e os seus benefícios relacionados com a saúde materno-fetal, a transição para a maternidade sofreu diversas transformações, algumas evolutivas outras que deveriam ser reconsideradas.

De acordo com Rubin (1961), existem diversos fatores que podem estar implicados no sucesso da transição para o papel de mãe, entre os quais as expectativas das mesmas. Mercer (1995) e Rubin (1984) por sua vez, assumem que este processo de evolução se manifestava de uma forma notável, pois num curto espaço de tempo, as mães conseguiam superar-se colocando de parte as expectativas iniciais, uma vez que seriam meras ilusões, e adaptarem-se ao seu novo papel de maternidade.

Rubin (1961) refere ainda que o primeiro contacto com o papel de mãe, inicia-se no período pré-natal, em que durante a gestação, a grávida vai construindo crenças e pré-conceitos sobre como será o bebé e como será a sua atuação enquanto mãe.

Com o aproximar da data prevista para o parto, a mulher interiormente cria expectativas acerca do mesmo. O parto e o TP são considerados momentos críticos no processo de transição, sendo que o momento do parto é carregado, na maioria das situações, de medos e ideias pré adquiridas que só o tornam mais temido e angustiante (Nené et al., 2016).

Na presente investigação, é perceptível que as expectativas das mães foram generalizadamente positivas. As mães referiram ter como principal objetivo, usufruir de um momento calmo, relaxante, num contexto similar ao ambiente familiar. Além disso, gostariam que a equipa multiprofissional valorizasse o plano de parto e, acima de tudo, fossem respeitadas e informadas ao longo de todo o decurso do TP.

Deste modo, e correlacionando com o que foi dito precedentemente, Lothian (2000) menciona que as mães teriam uma expectativa muito mais elaborada do que apenas uma “lista” de opções que desejam ver cumpridas. As suas escolhas e preferências, visam uma reflexão do seu envolvimento com o ambiente, acompanhante e bebé, tendo como objetivo criar uma atmosfera de conforto, segurança que culminaria numa experiência positiva e satisfatória. Tal como se manifesta na presente investigação, com o desejo de desempenharem o seu TP num ambiente tranquilo, acompanhadas pelas sua pessoa de referência e com perspetivação do contacto do bebé. Esta expectativa para muitas, materializou a transição para a parentalidade iniciada durante o período pré-natal.

O parto, ainda que por muito complicado que possa ser, normalmente tem uma resolução temporal bastante limitada. Um parto que se prolongue, jamais traduz as implicações futuras que vai ter no futuro da vida de uma mãe, bebé e pai. As dores físicas e psicológicas (muitas vezes incapacitantes), não se sobrepõem à ligação/vínculo que se estabelece entre a díade mãe/bebé por meio do vínculo iniciado no período pré-natal.

Este vínculo pode tornar-se num amor incondicional e dele, podem advir sentimentos como tolerância, empatia, aceitação, compreensão, carinho, ternura, entre outros que se manifestam em todas as forma de uma mãe cuidar deste novo ser que é o seu bebé. Mais do que se humanizar cuidados, é fulcral tornar este momento eternamente positivo. Também Michel Odent (sec. XX) reflete sobre o parto e a sua industrialização como entusiasta numa época em que o boom do parto hospitalar se iniciou. Em 1970, surgiu o parto hospitalar com obstetras cirurgicamente treinados, utilizando uma panóplia de instrumentos até à data inacessíveis. O modo de nascer muda constantemente e explica a forma como nos comportamos (Leboyer, 1975). Remontando à data das referências mencionadas, considera-se que o parto ideal, assim como nascem os bebés, é o elo crítico da corrente que é perturbada rotineiramente ao longo dos anos. O EEESMO desempenha um papel fundamental durante o TP, sendo encarado como o elemento que tem maior exposição no decurso da vigilância do TP, tendo por isso, o dever de intervir impedindo a industrialização do TP.

Medos e Receios

A gestação é um momento idealizado na vida de muitas mulheres, um período cheio de descobertas e expectativas em relação ao nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança. O parto é um dos momentos mais impactantes e emocionantes para a grávida, pois ao mesmo tempo que irá conhecer o maior amor do mundo, vivenciará momentos de grande risco junto do seu bebé (Rodrigues et al., 2020; Tostes & Seidl, 2016).

De acordo com alguns autores, a hospitalização é um processo necessário para a vigilância e acompanhamento da gestação, contudo é um período marcado por insegurança, incerteza e muita angústia. Souza, et al. (2020), referem que a mulher é afastada da sua rotina, inserida num novo ambiente, passando a ser avaliada por diferentes profissionais de saúde com uma frequência maior quando comparada com as consultas de vigilância.

Durante a elaboração do presente trabalho de investigação e após análise cuidada das entrevistas, identificaram-se diversos receios que as mães apresentavam, baseavam-se essencialmente em três tópicos distintos: testarem positivo para a Covid-19, transmitirem verticalmente a infeção ao bebé e por último, não puderem vivenciar toda a experiência do parto com o pai/acompanhante.

Assim, e tal como defende Mesquita, et al. (2019), é da responsabilidade da equipa de enfermagem durante a sua rotina desenvolver diferentes atividades, e dentro delas um cuidado humanizado com a finalidade de diminuir esses sentimentos de ambivalência para os pacientes e os seus respetivos familiares.

Relativamente ao receio das mulheres em contraírem a infeção, é facilmente explicado pelo facto de a Covid-19 ter sido uma doença desconhecida, sem respostas concretas por parte da comunidade científica. O medo é uma emoção que remonta à mais básica resposta que o ser humano desenvolveu com vista à sua própria sobrevivência. Algumas mães, além do mencionado anteriormente, também referiram que sentiram insegurança, preocupação, pânico, ansiedade e nervosismo.

A Covid-19 além de ter sido uma doença nova, as informações sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da sua forma grave foram bastante limitadas e por vezes confusas. Por conseguinte, o desconhecimento da evolução da patologia criou uma grande insegurança nas mães, tendo a própria comunicação social, contribuído para este facto, com informações de alarmismo constante (por exemplo, no início da pandemia existiam conferências diárias por parte da DGS, onde se enfatizavam os número de infetados e o número de mortes).

A inclusão das grávidas e puérperas nos grupos de risco, foi recebido pela comunidade obstétrica com um certo entusiasmo, visto ter sido importante para proteger a díade mãe-bebé. Nos últimos anos, as evidências científicas transformaram o modelo de assistência obstétrico, de modo que este esteja centrado na experiência positiva das mulheres, tendo por base os direitos humanos com orientações expressas da OMS (2018) em que a mesma entidade refere que as mesmas orientações sejam aplicadas a nível mundial. Contudo, tratando-se da Covid-19, apesar do volume de estudos realizados, as evidências científicas foram pouco conclusivas.

No que diz respeito à possibilidade de transmissão vertical, é importante ressaltar precisamente essa “instabilidade científica”. Chen et. al. (2020), mencionam que antes do início da pandemia, quando o problema ainda estava circunscrito à China continental, algumas publicações diziam não haver evidências confiáveis de que o vírus pudesse ser transmitido. No entanto, começaram a surgir novas evidências, baseadas em estudos de pequenos números de casos, sugerindo que a transmissão poderia acontecer.

Esta incerteza, aumentou consideravelmente o medo das mulheres, tal como elas próprias salientam.

Por último, mostra-se de igual forma importante abordar a temática relacionada com o receio das mulheres em vivenciar toda esta experiência sozinhas. Segundo Lima (2016), o impedimento de um acompanhante para a mulher durante todo o momento que a grávida se encontra hospitalizada, assim como ações que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos nos serviços de saúde, pode ser identificado como violência obstétrica.

Infelizmente, durante a pandemia Covid-19 em Portugal, muitas mulheres não viram salvaguardados os aspetos mencionados precedentemente. O apoio emocional e físico constante e ininterrupto durante o TP e parto é uma das recomendações da OMS (2018), suportada pela evidência científica: a presença de uma figura de referência que a mulher conhece e em quem confia é essencial para que esta se sinta segura. Além disso, os direitos da mulher são também claros neste sentido. O acompanhamento no momento do parto encontra-se regulado nos artigos 12º, 16º e 17º, da lei 15/2014, de 21 de março, podendo ser apenas limitado em caso de situações clínicas graves (Decreto de Lei 15/2014, 2014). A pandemia não deveria ter excluído a presença de acompanhante durante toda esta etapa importante e marcante para a mulher.

Experiência de Parto

O parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher (Kitzinger, 1987). De acordo com Kitzinger (1987), a experiência de parir é tão marcante que, durante anos, o evento e os sentimentos experimentados durante o nascimento do bebé serão lembrados nos mínimos detalhes.

A potencialidade para acarretar benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto, e, portanto, há mais envolvido no processo do que a saúde ou a integridade física da mãe e do bebé. De acordo com Simkin (1991), as memórias sobre o parto permanecem vivas em nível cognitivo e psicológico, e continuam a influenciar as perceções da mulher continuamente sobre a experiência.

Deste modo, é facilmente perceptível que o parto, especialmente do primeiro filho, particularidade da população da amostra, exerce um impacto positivo ou negativo, tendo consequências a longo prazo.

Relativamente ao estudo em causa, a maioria das mulheres considerou que a experiência do parto correspondeu às suas expectativas. Da amostra, apenas um número reduzido de mulheres classificou a experiência do parto como negativa ou traumatizante.

Mackey (1998), assinala a importância do modo como as mulheres avaliam o seu desempenho e o seu autocontrolo durante o parto na futura construção positiva ou negativa da experiência do parto. O mesmo autor, salienta ainda que as mulheres que se perceberam como autónomas em lidar com a sua experiência de parto, veem-na, na generalidade, como mais positiva, comparativamente aquelas que têm baixos sentimentos de eficácia.

No que concerne à presença de acompanhante no TP, tal como já foi mencionado anteriormente, este é considerado um elemento de transição para o conforto e o empoderamento da mulher.

No estudo realizado, apesar da maioria das mulheres referir que tiveram a oportunidade de vivenciar toda esta experiência de parto na presença de alguém da sua confiança, um número ainda significativo das mesmas mencionou que passaram por todo este processo sem a presença do acompanhante de referência.

Solidão, tristeza, incapacidade para efetuar esforços expulsivos, foram alguns dos sentimentos relatados.

Ainda sobre a questão do acompanhante e sua influência na vivência do parto, foi possível observar uma grande preocupação por parte das mães sobre quais as emoções que o acompanhante deveria estar a vivenciar, verificando-se como um facto de influência negativa aquando da impossibilidade de permanência com a mãe. Esta não é uma temática abordada objetivamente na presente investigação, contudo refere-se como sendo uma temática necessária de maior aprofundamento por parte dos profissionais que assistem a mulher no parto.

Um dos aspetos também muito importantes e valorizados pelas mulheres durante o TP, está relacionado com a possibilidade de contacto com o seu bebé.

Mercer et al. (1983), referem que o contacto imediato com o filho após o nascimento é outro fator que parece estar associado a uma vivência mais positiva do parto. Mulheres que tiveram contacto precoce com o seu bebé saudável logo após o nascimento, apresentaram impressões mais positivas da experiência de parto.

Segundo a presente investigação, a interação com o bebê foi mencionada como a segunda variável mais importante para predizer o tipo de vivência de parto, ficando atrás apenas do apoio emocional prestado pelo companheiro.

Assim, o contacto/interação entre a díade, mãe-bebé, é um momento chave de toda a experiência do TP. No entanto, no estudo realizado, algumas mulheres (apesar de ter sido em número reduzido) mencionaram que se sentiram prejudicadas, pois não lhes foi possível vivenciarem essa experiência marcante no pós-parto imediato, por questões protocolares relacionadas com a Covid-19. Referiram que apenas lhes foi possível olhar para o bebé.

Relativamente ao apoio por parte dos profissionais/enfermeiros percebido pelas mulheres durante todo o TP (mesmo as que não tiveram a possibilidade de se fazerem acompanhar por um elemento de referência), foi possível verificar ao longo do estudo que a maioria das mulheres valorizou a presença destes, visto que a prestação de cuidados foi preponderante para que as parturientes se sentissem esclarecidas, apoiadas e confiantes.

De acordo com Borges et. al. (2020), os profissionais de saúde devem garantir o cuidado integral e na condição de fragilidade da família, essa família necessita de acolhimento. O nascimento de um filho é um momento único no arranjo familiar, assim, o cuidado humanizado e o atendimento aos direitos humanos, para essa família, deve ser preservado. Corroborando o que já foi dito, OMS (2018), refere que é necessário que as mulheres tenham acompanhantes durante o TP, parto e pós-parto, incluindo pessoas de apoio confiáveis e profissionais de saúde qualificados.

Como nota final, os EEESMO, na sua maioria e em parceria de cuidados com outros profissionais de saúde, presentes no contexto de parto das mães inquiridas, desempenharam um papel fundamental na promoção do parto humanizado, ao promover cuidados centrados na mãe/ bebé e respetivo acompanhante. As mães, na sua larga maioria, consideraram a atitude/comportamento do profissional de saúde, nomeadamente o EEESMO, fundamental para se sentirem seguras, cuidadas e acima de tudo respeitadas. Assim, e tal como já foi referido anteriormente, Mesquita et.al. (2019) apoia a ideia que faz parte da responsabilidade da equipa de enfermagem durante a sua rotina desenvolver diferentes atividades, e dentro delas um cuidado humanizado com a finalidade de diminuir esses sentimentos de ambivalência para os pacientes e os seus respetivos familiares.

CONCLUSÃO

Neste relatório foi possível apresentar a trajetória que se desenvolveu enquanto estudante de mestrado em ESMO. Aqui, foram abordadas as conclusões relacionadas com o presente estudo, não só na componente de estágio, mas igualmente com a vertente investigativa.

Além de ter sido realizada uma reflexão sobre a prática à luz das evidências científicas, foram igualmente descritas as competências e o modo como estas foram concretizadas.

Ao longo do desenrolar dos estágios, foram sentidas obviamente dificuldades que foram superadas com persistência e empenho, no desenvolvimento pessoal e profissional. Neste aspeto, ressalva-se que a uma atitude pró-ativa de incessante questionamento (juntamente com as professoras orientadoras e tutores), aliado a uma pesquisa contínua e a uma revisão da literatura, conduziram a que este presente trabalho ficasse concluído.

Termina-se este desafiante ciclo de estudos, com a convicção de ter ampliado com relevo, todas as competências que se encontram inerentes ao EEESMO. De todas as tarefas que se pôde desenvolver, salienta-se a componente de estágio no BP, por ter sido possível proporcionar uma experiência positiva na vida de cada mulher e da sua respetiva família.

Relativamente à vertente investigativa deste estudo, esta teve como objetivos descrever a vivência da mulher na fase final da gravidez e no TP no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa.

Considera-se que este estudo permitiu observar a influência que as restrições e as suas respetivas implementações de protocolos de controle e prevenção relativos à pandemia Covid-19, tiveram na vivência na fase final da gravidez e no TP das mães.

Foi possível compreender qual a origem do conhecimento (relativo à pandemia Covid-19) que as primíparas possuíam, quais as suas expectativas em relação ao parto, tendo por base as limitações conhecidas, quais os seus medos e receios e a experiência efetiva de parto. É importante ressaltar que um número significativo de mães, não puderam vivenciar este momento tal como tinham inicialmente previsto e idealizado, pois devido a tudo o que foi mencionado precedentemente, a presença de acompanhante/familiar de

referência e o contacto direto com o bebé ficou bastante comprometido, como consequência direta da pandemia provocada pela Covid-19.

De acordo com a norma 018/2020, com data de 30 de março de 2020, “a presença de acompanhante poderá ser permitida apenas se a instituição considerar tem asseguradas todas as condições de segurança para evitar o contágio.” “A grávida deve ser tratada em isolamento (...).”(Decreto de Lei n15/2014, 2014). O que foi referido precedentemente, não vai ao encontro das recomendações da OMS (2018), nem da legislação que se encontra em vigor em Portugal, legislação essa já referida ao longo do trabalho de investigação.

A norma supracitada foi sujeita a alterações ao longo dos anos de 2021 e 2022, contradizendo a informação inicial, onde se lê na última atualização: *“deve ser garantido, se a grávida o desejar, a presença de um acompanhante (...) internamento e acompanhamento do parto e que o acompanhante não precisa de fazer teste se tiver certificado digital.”*

Durante este período a lei nunca se alterou. Contudo, o contexto modificou-se (pandemia provocada pela Covid-19). Contexto esse que nunca deveria ter sido motivo para se violar a lei ao restringir-se a presença de acompanhamento à mãe durante o parto.

Com este estudo, pretende-se que seja possível refletir futuramente, acerca do papel da DGS na manutenção de normas que promovem a abertura para o incumprimento da lei.

Apesar do tipo de investigação apresentada não permitir a extrapolação dos dados, era importante refletir sobre uma possível comparação dos dados da investigação, relativamente à presença de acompanhante (durante o período pandémico) paralelamente com universo nacional. Deste modo, 29% das mulheres no presente estudo, não tiveram acompanhamento durante o parto (sete). Segundo dados do PORDATA⁶, 83783 mulheres tiveram partos em instituições hospitalares portuguesas, durante o ano 2020. Se, eventualmente, 29% destas não tiverem tido acompanhante durante o TP, perfaz um total de 24297 mulheres que possivelmente vivenciaram esta experiência sozinhas. Sugere-se assim, a realização uma investigação mais aprofundada sobre esta hipótese.

Relativamente às limitações do estudo, estas encontram-se relacionadas com um número reduzido de amostragem (vinte e quatro mães), a impossibilidade de se realizar uma

⁶ <https://www.pordata.pt/Portugal/Partos+total+e+em+estabelecimentos+de+sa%C3%BAde-152>

entrevista presencial (foi realizada através da plataforma , *Zoom - Colibri V3 - Videoconf - FCCN*) e por último, considera-se que pode ter existido alteração da percepção das mesmas em relação à fase final da gravidez e TP, dado que as entrevistas foram realizadas durante os primeiros seis meses após o parto e não no pós parto imediato (por uma questão de logística), como seria desejável.

Como nota final, e não menos importante, ao EEESMO é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica.

A sua esfera de atuação é vasta e especializada, assumindo grande importância em diversas áreas de intervenção entre elas a sua atuação autónoma no local onde decorre o TP e parto. O EEESMO é um profissional dotado de capacidades que lhe permitem realizar a vigilância autonomamente, do TP desde o início até ao seu *términus*.

De acordo com Borges et. al. (2020), os profissionais de saúde devem garantir o cuidado integral e na condição de fragilidade da família, essa família necessita de acolhimento.

Os enfermeiros têm um contacto privilegiado com os Pais, pela proximidade dos cuidados que desenvolvem têm uma responsabilidade acrescida em apoiar os Pais durante o seu processo de adaptação à parentalidade, usando princípios e práticas sustentadas na evidência sensíveis às verdadeiras necessidades destes, das crianças e das famílias (Carvalho, 2020).

Relativamente ao apoio por parte dos profissionais/enfermeiros percebido pelas mulheres durante todo o TP (mesmo as que não tiveram a possibilidade de se fazerem acompanhar por um elemento de referência), foi possível verificar ao longo do estudo que a maioria das mulheres valorizou a presença destes, visto que a prestação de cuidados foi preponderante para que as parturientes se sentissem esclarecidas, apoiadas e confiantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahpour, S., & Khadivzadeh, T. (2020). Improving the quality of care in pregnancy and childbirth with coronavirus (COVID-19): a systematic review. *Journal of maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 0(0), 1–9.
- APA. (2012). *Manual de Publicação da APA* (6ª). American Psychological Association.
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo* (Edições 70, Ed.; Reimpressão 2020).
- Borges, T. P., Anjos, K. F., Ferraz, M. O. , Silva, J. M., Rosa, D. D. , & Sobrinho, C. L. (2020). Vivência de profissionais de enfermagem no respeito aos direitos humanos nas relações de cuidado. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 10.
- Canavarro, M. C. (2001). *Gravidez e maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento*.
- Capucha, L. (2008). *Planeamento e avaliação de projetos: guião prático*. Selenova, LDA.
- Carvalho, J. M. (2020). Adaptação à Maternidade: Influência de uma Intervenção de Educação Parental em Mães Primíparas. (Tese de Doutoramento) de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Cêpeda, T., Brito, I., & Heitor, M. (2005). Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância - Manual de orientação para profissionais de Saúde. In Direcção-Geral da Saúde (Ed.),.
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., Li, J., Zhao, D., Xu, D., Gong, Q., Liao, J., Yang, H., Hou, W., & Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395(10226), 809–815.
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In *Nursing research methodology*. <https://repository.upenn.edu/nrs>
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Marques, A., & Pais, A. (2004). Questionário de experiência e satisfação com o parto (QUESP). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 159–187.

- Davis-Floyd, R., Gutschow, K., & Schwartz, D. A. (2020). Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 00(00), 1–15.
- Decreto de Lei n.º 16/2007. (2007) *Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez* (Issue 1ª série, nº75, pp. 2417-2418).
- Decreto de Lei n.º 15/2014. (2014). *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*. (Issue 2ª série, pp. 13560–13565).
- Decreto de Lei n.º 391/2019. (2019). Ordem dos Enfermeiros, Regulamento n.º 391/2019. In *Diário da República: Vol. nº85* (Issue 2ª série, pp. 13560–13565).
- Decreto de Lei nº3410/2019. (2019). Despacho n 3410/2019. In *Diário da República: Vol. nº61* (Issue 2ª série, pp. 9493–9494).
- Diogo, K. D. de. (2016). *Fundação osvaldo cruz centro de pesquisas aggeu magalhães departamento de saúde coletiva residência multiprofissional em saúde coletiva*.
- Direção Geral da Saúde. (2020). *COVID-19 Cuidados ao Recém-Nascido na Maternidade (026/2020)*. 1–7.
- Direção Geral da Saúde. (2020, Maio 19). Covid-19 Cuidados ao RN na Maternidade. *026/2020*.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *COVID-19: Fase Mitigação, Gravidez e Parto (1) (018/2020)*. 1–7.
- Espanha, R. (2020). *A Literacia em Saúde e a Comunicação de Risco em Saúde Pública Health Literacy and Public Health Risk Communication*. 15.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Gondim, L. N., Lima, C., Silva De Sousa, M., Valéria, K., & Lima, B. (2020). As descobertas genômicas do SARS-CoV-2 e suas implicações na pandemia de COVID-19. *J. Health Biol Sci*, 8(1), 1–9.
- Grendene, S., Gulo, B., & Betiol, S. M. (2021). 1 Coronavírus (Covid-19): História, Conhecimento Atual E Sequelas De Longo Prazo. *União Das Faculdades Dos Grandes Lagos- UNILAGO*, 1–14.
- Guimarães, M. S. de F., & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*.

- Kempe, P., & Vikström-Bolin, M. (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 246, 156–159.
- Kickbusch, I., & Sakellarides, C. (2006). Flu City - Smart City: Applying health promotion principles to a pandemic threat. In *Health Promotion International* (Vol. 21, Issue 2, pp. 85–87).
- Kitzinger, S. (1987). *A Experiência de Dar à Luz*. martins fontes.
- Liu, B. (2020). Free DNA, a reason for severe COVID-19 infection? *Medical Hypotheses*, 142(April), 109812.
- Lothian, J. (2000). The birth plan revised. *The Journal of Perinatal Education*, 8–11.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (Lusodidacta: Portugal, Ed.; 7^a ed.).
- Mackey, M. C. (1998). Women's evaluation of the labor and delivery experience. *Nursing-Connections*, 19–32.
- Martins, J. (2008). *Investigação em Enfermagem -Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. 12(2).
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory - Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (M. Zuccarini, Ed.; Lankas, P).
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (5th ed.).
- Mercer, R. (1995). *Becoming a Mother: Research on Maternal role identity since Rubin*. Springer Pub. Co., New York.
- Mercer, R., Hackley, K., & Bostrom, A. (1983). Relationship of Psychosocial and Perinatal Variables to Perception of Childbirth. *Nursing Research*, 32(4), 202–207.
- Mesquita, D. da S., Naka, K. S., Kawamura, A. P. S., & Schmidt, A. S. (2019). Acolhimento de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal segundo binômio pais-filhos: estudo de revisão integrativa da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(13), e980.

- Mittelbach, J., & Albuquerque, G. S. C. de. (2022). A pandemia de Covid-19 como justificativa para ações discriminatórias: viés racial na seletividade do direito a acompanhante ao parto. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20.
- Morse, J. M. (2007). Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa. *FORMASAU - Formação e Saúde*.
- Nené, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). Fisiologia do Puerpério. In P. Lidel-edições técnicas LDA (Ed.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438–442).
- Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? In *Journal of Health Communication* (Vol. 11, Issue 1, pp. 21–42).
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos* (Ordem dos Issue May). Letrário.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. *Organização Mundial Da Saúde*, 10.
- Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, Á. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa Psicossomática*, 7, 7–41.
- Piccoli, T., Nunes, S. F. L., Tramontina, P. C., Juliane, R. T. de O., dos Santos, E. K. A., & Amante, L. N. (2015). Refletindo Sobre Algumas Teorias De Enfermagem a Partir Do Modelo De Avaliação De Meleis. *Cogitare Enfermagem*, 20(2).
- Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P., & Thorell, A. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (Artmed, Ed.; 5th ed.).
- Prior, H. (2020). *Comunicación Pública de Riesgo en tiempos de Pandemia: las respuestas de Portugal a la COVID-19*.
- Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., da Silveira, M. A. M., Paiva, A. de M. G., Fialho, A. V. de M., & Queiroz, A. B. A. (2020). Hospital admission in high-risk pregnancies: The social representations of pregnant women. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1–7
- Rubin, R. (1961). *Puerperal Change*. (Vol. 9). Nurs Outlook.

- Rubin, R. (1984). MATERNAL IDENTITY AND THE MATERNAL EXPERIENCE. *American Journal of Nursing*, 84(12), 1480.
- Silva, A. H., & Fossá, M. I. (2015). Análise de Conteúdo: Exemplo de aplicação da Técnica para a análise de dados qualitativos. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 17(1), 1–14.
- Silva, M., Leite, E., Nogueira, D., & Clapis, M. (2016). Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Investigacion y Educacion En Enfermeria*, 34(2), 342–350.
- Simkin, P. (1991). Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210.
- Soares, M. H., Mazzo, N., Caroline, E., & Silva, P. (2018). *Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto**.
- Souza, K. V. de Schneck, S., Pena, É. D., Duarte, E. D., & Alves, V. H. (2020). Direitos humanos das mulheres no parto frente à pandemia de Covid-19: o quefazer da enfermagem obstétrica. *Cogitare Enfermagem*, 25.
- Streubert, J. H., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação Qualitativa Em Enfermagem* (5th ed.). Lusodidacta.
- Torres, A. R., Silva, S., Kislaya, I., Martins, J. P., Matias Dias, C., & Rodrigues, A. P. (2021). Early detection of COVID-19 in Portugal: Use of clinical records. *Acta Medica Portuguesa*, 34(3), 176–184.
- Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. *Temas Em Psicologia*, 24(2), 681–693. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15>
- Van den Broucke, S. (2021). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice-versa. In *Health Promotion International* (Vol. 35, Issue 2, pp. 181–186). Oxford University Press.
- WHO. (2018). *Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice*.
- WHO. (2019). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*.

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE
INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: ENFERMAGEM (UICISA: E) DA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA (ESENFC) - PARECER Nº
681/06-2020**

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESENfC)

Parecer Nº 681/06-2020

Título do Projecto: A vivência da mulher durante o trabalho de parto no período Pandémico Covid-19 numa amostra da população portuguesa

Identificação dos Proponentes

Nome(s): Filipa Raquel Monteiro de Almeida Vinhas

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica)

Investigador Responsável/Orientador: Professora Júlia Maria das Neves Carvalho e Professora Teresa Maria Campos Silva

Relator: Marília Maria Andrade Marques da Conceição e Neves

Parecer

O estudo de investigação proposto surge do contexto atual de pandemia em Portugal que as mulheres vivenciam no momento do trabalho de parto, justificando as proponentes a sua pertinência com evidência científica demonstrativa que a experiência do trabalho de parto pode determinar o bem-estar da mulher assim como a qualidade da relação com o seu bebé e núcleo familiar. O estudo visa contribuir para a melhoria das práticas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de forma a proporcionar uma experiência positiva do trabalho de parto em situação de Pandemia, tendo como objetivo "Descrever a vivência da mulher durante o trabalho de parto no período pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa".

As proponentes classificam o estudo como retrospectivo, qualitativo de nível 1 do tipo exploratório-descritivo. A colheita de dados será efetuada através de uma entrevista, cujo convite será publicitado na rede social Facebook, realizada preferencialmente via plataforma digital de acordo com a disponibilidade da investigadora e participante.

A amostra será formada por conveniência, constituída por mulheres com experiência de parto no período pandémico COVID-19, que de forma voluntária, concordem em participar. Os critérios de inclusão e exclusão são explícitos abrangendo a exclusão de situações de parto no domicílio ou em trânsito e de mulheres com patologia associada à gravidez ou portadoras de doença mental diagnosticada.

A voluntariedade e autonomia dos participantes são salvaguardadas com a obtenção do seu consentimento. No termo de consentimento anexado pelas proponentes consta a identificação da investigadora e informações relativamente ao contexto do estudo, finalidade, procedimentos, garantias de confidencialidade e anonimização dos dados recolhidos e assegurada a voluntariedade de participação no estudo. Não estão previstos danos, benefícios diretos ou compensações para os participantes.

O início da recolha de dados estava previsto para julho de 2020.

Desde que ajustada a recolha de dados para data posterior à emissão do Parecer desta Comissão, nos pressupostos anteriores, havendo cumprimento de todos os requisitos éticos específicos para o estudo, sou de parecer favorável à sua realização conforme apresentado.

O relator:



Data: 15/07/2020 O Presidente da Comissão de *María Flomena Bokello*

APÊNDICE II - FOLHA DE CONSENTIMENTO INFORMADO CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Eu, _____ abaixo assinado, declaro que aceito participar na investigação: ***“A vivência da mulher durante o trabalho de parto no período Pandémico Covid-19, numa amostra da população portuguesa”***, tendo como referência a informação seguinte que me foi transmitida e clarificada pela investigadora:

- A utilização da informação é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas que não estejam diretamente implicadas;
- Os dados serão recolhidos através de uma entrevista gravada (áudio) para a qual autorizo a utilização do gravador, sendo o material posteriormente destruído;
- Após a colheita de dados terei o direito a ler a entrevista transcrita podendo retificar alguma declaração;
- A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o meu direito a recusa em qualquer momento, ao longo do processo de investigação;
- A minha privacidade e anonimato serão salvaguardados ao longo do estudo;
- Após a conclusão do estudo aceito a publicação dos resultados obtidos sob a forma de divulgação do conhecimento;
- Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, poderei contactar a investigadora da investigação, cuja identificação e contacto me foi fornecido.

Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação da participante. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

Agradeço desde já a sua colaboração.

Declaro que compreendi as justificações que me foram fornecidas sobre a investigação a ser realizada. Foi-me dada oportunidade para esclarecer as minhas dúvidas e colocar as

questões que julguei necessárias considerando ter obtido uma resposta satisfatória a todas elas.

Data: __/__/____

Assinatura da Participante:

CONTACTOS DA INVESTIGADORA: Filipa Raquel Monteiro de Almeida Vinhas

E-mail: filipa.monteiro.almeida@gmail.com TLM: 910484746

APÊNDICE IV – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Parte 1 – Caracterização sociodemográfica

1. Idade: _____ anos

2. Estado Civil: _____

3. Habilitações Académicas: _____

Nota/ categorias:

1º Ciclo (1º - 4º ano de escolaridade)

2º Ciclo (5º - 6º ano de escolaridade)

3º Ciclo (7º, 8º e 9º ano de escolaridade)

Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano de escolaridade)

Ensino Superior

4. Situação atual no emprego: _____

5. Local de Habitação: _____

Nota/ categorias:

Zona Norte

Zona Centro

Zona de Lisboa e Vale do Tejo

Zona Alentejo e Algarve

Parte 1.1 - Caracterização Obstétrica

1 . Zona do local do Parto : _____

Nota/ categorias:

Zona Norte

Zona Centro

Zona de Lisboa e Vale do Tejo

Zona Alentejo e Algarve

2 . Local do Parto: _____

Nota/ categorias:

Maternidade/serviço de obstetrícia

Domicílio

Em trânsito (ex. no carro ou veículo de emergência)

3 . Data do Parto ____/____/____

4. Assistência no parto : _____

Nota/ categorias:

Enfermeiro/a Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

(EEESMO)/ Enfermeiro/a Parteiro/a

Médico Obstetra

5. Gravidez de risco: : _____

6. Tempo de gravidez (idade gestacional): _____

Nota/ categorias:

<37 semanas

≥ 37 semanas e ≤ 42 semanas completas

>42 semanas completas

7 . Frequentou o curso de preparação para o parto e parentalidade? _____

8. Tipo de parto: _____

Nota/ categorias:

Eutócico (vaginal e apresentação de cabeça)

Pélvico (vaginal e apresentação de nádegas)

Cesariana (distócico)

Fórceps ou ventosa (distócico)

9. Realização de episiotomia (corte do períneo): _____

10 . Teve laceração do períneo (rasgão espontâneo do períneo): _____

11. Utilização de métodos farmacológicos de alívio da dor: _____

Nota/ categorias:

Nenhum

Epidural

Medicação Endovenosa

Gás inalatório

12 . Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor: _____

Quais : _____

13 . Presença de acompanhante: _____

Parte 2 - Exploração da temática em estudo

Dia da entrevista : ___/___/_____

Início da entrevista: ___:___h

Fim da Entrevista : ___:___h

TEMAS	QUESTÕES NORTEADORAS	Questões exploratórias
Significado atribuído ao trabalho de parto/parto	Qual o seu conceito de uma experiência positiva de trabalho de parto?	O que influenciou o seu conceito ? Família? Amigas/os? Enfermeiro/a especialista EEESMO? Fisioterapeuta? Médico/a? Psicólogo/a?
	Reportando à data do parto gostaria que me falasse da sua experiência de trabalho de parto?	A nível físico (dor)? A nível mental? (pensamentos) A nível emocional? (emoções e pensamentos) Considera a vivência do parto como parte da dimensão espiritual ? como vivenciou a este nível ?
	Pensa que os fatores socioculturais influenciaram a sua vivência do trabalho de parto?	Porquê ? Quais as suas crenças prévias sobre o trabalho de parto? Quem foram as pessoas que lhe transmitiram essas crenças ?
Conhecimento da situação atual de Pandemia pela Covid-19	O que sabe sobre a doença Covid-19?	Onde aprendeu? Quem informou?
	Perante o conhecimento da situação atual de Pandemia pela Covid-19 quais foram os seus maiores receios antes do trabalho de parto?	O que a preocupava mais antes do trabalho parto?
	Perante a situação atual de pandemia pela Covid-19 teve conhecimento das	Quais as medidas implementadas na maternidade (onde irá ter o trabalho de

	<p>orientações da Direção Geral da Saúde e sua aplicação nos serviços de Obstetrícia ?</p>	<p>parto) que mais a preocuparam? Quem a informou?</p> <p>Qual a medida implementada que menos gostou durante o seu trabalho de parto?</p> <p>Acha que essas medidas foram benéficas para a proteger a si e ao seu bebé?</p> <p>Acha que essas medidas foram impeditivas de vivenciar o seu trabalho de parto da forma que gostaria ?</p>
	<p>Houve alguma intervenção específica que durante o trabalho de parto que não teve oportunidade de vivenciar?</p>	<p>Quais as intervenções que gostava de ter vivenciado?</p> <p>E as que gostava de não ter vivenciado?</p> <p>Porque acha que não existiu essa oportunidade?</p>
<p>Ambiente durante o trabalho de parto/parto</p>	<p>Se tivesse podido escolher, de que forma teria sido o trabalho de parto?</p>	<p>Como seria o ambiente que mais lhe agradaria?</p>
	<p>Teve acompanhante durante o trabalho de parto? Quem ?</p>	<p>Se sim, o contributo do seu acompanhante correspondeu às suas expectativas?</p> <p>Se não, quais foram os sentimentos despoletados pela sua ausência? (sentiu-se sozinha, desamparada...)</p> <p>Considera que se tivesse tido a pessoa de referência consigo durante o trabalho de parto a sua experiência tinha sido diferente?</p> <p>Contactou com o acompanhante durante o trabalho de parto? Como contactou?</p> <p>Quando deu a notícia do nascimento ao acompanhante? Como?</p> <p>Quais os sentimentos despoletados ao dar esta notícia sem ser presencialmente?</p>

	Como acha que o acompanhante se sentiu por não estar presente durante o trabalho de parto?	Quais os sentimentos que ele verbalizou após o parto ? O que é que ele referiu como maior necessidade de presenciar ?
Contacto precoce com o recém-nascido	Como foi o seu contacto com o bebé imediatamente após ele nascer ?	O que fez ou lhe facilitaram que fizesse?
	Como gostaria que tivesse sido o contacto com o seu bebé imediatamente após ele nascer?	O que gostaria de ter feito? O que gostaria que lhe tivessem facilitado fazer? (pele a pele, amamentação imediata, estar sempre a ver e ouvir o bebé , a pessoa de referência conhecer o bebé e acompanhar o mesmo)
Papel do EEESMO	Quem fez o acompanhamento do seu trabalho de parto?	Enfermeiro/a especialista EEESMO? Medico/a?
	Qual foi o papel do EEESMO durante o trabalho de parto?	Correspondeu às suas expectativas? De que forma é que o EEESMO interveio?
	Nos cuidados prestados pelo EEESMO como se sentiu?	Houve alguma intervenção do EEESMO que tenha influenciado a sua experiência de trabalho de parto de forma positiva? E de forma negativa?
Apoio Emocional	De que forma o sentimento de segurança e de confiança durante o trabalho de parto influenciaram o momento?	Quais seriam as estratégias que podiam ter potenciado esses sentimentos? Algum profissional de saúde interveio de forma a potenciar esses sentimentos? Como o fez?

	<p>Sentiu-se apoiada durante o trabalho de parto? Por quem?</p>	<p>Sentiu-se ouvida, respeitada, valorizada e parte integrante do seu parto?</p> <p>Se não, porquê?</p> <p>Pelo Acompanhante? EEESMO? Médico/a? Assistente operacional?</p> <p>Quais as estratégias que o EEESMO utilizou para se sentir apoiada?</p>
<p>Satisfação com o TP/P</p>	<p>Como descreveria a sua experiência de trabalho de parto?</p>	<p>Positiva e Satisfatória? Porquê?</p> <p>Pelo contrário, uma experiência negativa, traumatizante? Porquê?</p>