

Joana Mafalda da Rocha Rodrigues

Parir em Pandemia

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Porto, 2021

Joana Mafalda da Rocha Rodrigues

Parir em Pandemia

Universidade Fernando Pessoa

Escola Superior de Saúde

Porto, 2021

Joana Mafalda da Rocha Rodrigues

Parir em Pandemia

Joana Mafalda da Rocha Rodrigues

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de licenciado em enfermagem

RESUMO

O projeto que se apresenta foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Projeto de Graduação, inserida no 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa do Porto e tem como tema: Parir em Pandemia.

A gravidez é vista como um evento marcante na vida do casal, muito desejado a dois e sonhado como algo de excepcional na vida do casal, mas que com o advento da pandemia provocado pelo Sars-Cov-2 se transformou num momento a sós longe do cenário idealizado. A pandemia por Sars-Cov-2 veio condicionar a liberdade às grávidas, o poder partilhar a gravidez com a família e amigos, e com impacto negativo na vida familiar provocado pelo impedimento de acompanhantes nas consultas, ecografias e por vezes durante o trabalho de parto.

O objetivo deste estudo foi compreender a experiência vivida pelas mulheres durante o parto em contexto de pandemia. As participantes foram 28 mães que experienciaram a vivência.

O estudo é exploratório, descritivo, transversal e com abordagem qualitativa. Foi utilizada uma entrevista estruturada com um guião, elaborado pela autora com base nas experiências vividas durante o Ensino Clínico de Saúde Materna e na pesquisa bibliográfica.

Como principais resultados pode afirmar-se que os sentimentos vivenciados pelas grávidas foram o medo, angústia, ansiedade e felicidade. Os principais receios das grávidas foram o facto de contrair a doença perto da hora do parto, ficando assim separadas do bebé e sozinhas no momento de parir. Apesar dos constrangimentos impostos pela pandemia a maneira como as instituições e os profissionais de saúde se adaptaram à nova realidade foi satisfatória para a maioria das grávidas apesar de haver diferentes critérios nas instituições quanto ao acompanhamento na gravidez e parto, sendo apontadas falhas específicas durante o acompanhamento na gravidez (consultas, ecografias) e parto. Sendo a maioria das mulheres primíparas não existem diferenças relevantes em relação a gravidezes anteriores a não ser as relacionadas com o acompanhamento.

Palavra-chave: parir; pandemia; gravidez; trabalho de parto.

ABSTRACT

The project that was presented was developed within the scope of the Curricular Unit of Graduation Project, inserted in the 4th year of the Degree in Nursing of the University Fernando Pessoa of Porto and has as its theme: Delivering in pandemic.

Pregnancy is seen as a landmark event in the couple's life, much desired as a couple and dreamed of as something exceptional in the couple's life, but with the advent of the pandemic caused by Sars-Cov-2, it became a moment alone far from the idealized setting. The Sars-Cov-2 pandemic came to condition the freedom of pregnant women, the ability to share the pregnancy with family and friends, and with a negative impact on family life caused by the impediment of companions in consultations, ultrasounds and sometimes during labor .

The objective was to study understand the experience lived by women during childbirth in the context of a pandemic. As participants were 28 mothers who experienced an experience.

The study is exploratory, descriptive, transversal and with a qualitative approach. A semistructured interview with a script was elaborated, elaborated by the author based in the lived experiences and in the bibliographic research.

As main results, it can be stated that the feelings experienced by the pregnant women were fear, anguish, anxiety and happiness. The main fears of the pregnant women were the fact of contracting the disease close to the time of delivery, thus being separated from the baby and alone at the time of giving birth. Despite the constraints imposed by the pandemic, the way in which institutions and health professionals adapted to the new reality was satisfactory for most pregnant women, despite different criteria in the institutions regarding monitoring during pregnancy and childbirth, with specific flaws being pointed out during monitoring. in pregnancy (consultations, ultrasounds) and childbirth. As the majority of women are primiparous, there are no relevant differences in relation to previous pregnancies other than those related to follow-up.

Keywords: give birth ; Pandemic; pregnancy ; labor.

DEDICATÓRIA

Gostaria de dedicar este trabalho à minha família e em especial à minha madrinha por tudo o apoio prestado ao longo do meu percurso académico.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos assumem um papel muito importante na medida em que me permite demonstrar a minha gratidão e reconhecimento a todos aqueles que diretamente ou indiretamente me acompanharam e apoiaram durante este percurso académico.

Começo por agradecer aos meus pais, à minha madrinha, à minha família e amigos por toda a paciência, compreensão, apoio e motivação que sempre me deram.

Em especial um muito obrigado à orientadora professora Amélia José por se manter presente e disponível durante todo o meu percurso na licenciatura de Enfermagem. Muito obrigada mesmo.

Aos meus orientadores de todos os ensinamentos clínicos que foram sempre contribuindo positivamente para o meu exercício na profissão.

Aos professores que me acompanharam sempre nesta aventura, sem eles não seria possível aprender tudo aquilo que sei.

A todas as participantes no meu estudo, sem elas nada disto seria possível.

A todos um muito obrigada!

PENSAMENTO

“A persistência é o caminho
do êxito.”

Charles Chaplin

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

COVID-19 – Doença respiratória causada por um coronavírus (Sars-Cov-2)

CTG - Cardiotocografia

DGS- Direção-Geral da Saúde.

EPI- Equipamento de Proteção Individual

OMS- Organização Mundial de Saúde

SNS- Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
I- FASE CONCEPTUAL.....	15
1. O problema de investigação	15
i. Domínio da investigação	15
ii. Questões pivô e questão de investigação.....	15
2. Revisão da literatura.....	16
i. Gravidez e Parto	17
ii. A Pandemia SARS-CoV-2 e repercussões na gravidez e parto.....	21
3. Objetivos da investigação.....	25
II. FASE METODOLÓGICA.....	26
1. Desenho de investigação	26
i. Tipo de estudo	26
ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem	27
iii. Variáveis em estudo.....	28
iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste.....	28
v. Tratamento e apresentação dos dados	29
2. Salvaguarda dos princípios éticos	30
III. FASE EMPÍRICA	32
1. Caracterização da amostra.....	32
2. Apresentação, análise e interpretação dos dados.....	34
3. Principais conclusões do estudo	44
CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49

ANEXOS

Anexo I – Parecer da comissão de ética

Anexo II – Guião da Entrevista

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Caracterização da amostra	32
Quadro 2- Categorias e subcategorias das unidades de registo	35
Quadro 3- Apresentação das unidades de registo para a categoria sentimentos vivenciados durante a gravidez.	35
Quadro 4- Apresentação das unidades de registo para a categoria de estrutura física...36	
Quadro 5- Apresentação de unidades de registo para a categoria presença de familiares no trabalho de parto e parto.	38
Quadro 6- Apresentação das unidades de registo para a categoria preocupação no momento do parto.....	39
Quadro 7- Apresentação das unidades de registo para a categoria satisfação com o acompanhamento pelos profissionais de saúde durante a gravidez.....	41
Quadro 8- Apresentação das unidades de registo para a categoria diferença entre gravidez antes e durante a pandemia.	43

INTRODUÇÃO

O presente Projeto surge como parte integrante da avaliação da Unidade Curricular de Projeto de Graduação, 4.º ano, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, ano letivo de 2020/2021 e constitui um dos requisitos para a obtenção da licenciatura em Enfermagem.

Ao longo do seu percurso académico a aluna teve a oportunidade de realizar diversas aprendizagens teóricas e ensinamentos clínicos, os quais considera muito frutuosa, sendo a área da saúde materna a que sempre suscitou o seu maior interesse. Assim, a aluna decidiu realizar o seu projeto de graduação nesta área mais concretamente estudando o impacto que a pandemia (Covid-19) teve durante a gravidez e no parto.

A gravidez é vista como um evento marcante na vida do casal, muito desejado a dois e sonhado como algo de excepcional na vida do casal, mas que com o advento da pandemia provocado pelo Sars-Cov-2 se transformou num momento a sós longe do cenário idealizado. A pandemia por Sars-Cov-2 veio condicionar a liberdade às grávidas, o poder partilhar a gravidez com a família e amigos, e com grande impacto negativo na vida familiar provocado pelo impedimento de acompanhantes nas consultas, ecografias e por vezes durante o trabalho de parto.

Com a elaboração deste projeto, pretendem-se conhecer os sentimentos e preocupações sentidas pelas mulheres durante a gravidez e no momento do parto durante a pandemia.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e com uma metodologia qualitativa, uma vez que esta metodologia possibilita compreender de forma holística as situações e experiências vividas pelas gestantes.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes, fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. Para além da introdução, da conclusão e das referências bibliográficas consideradas relevantes para o estudo.

A primeira parte é designada por fase conceptual onde se dá o processo de construção e formulação de ideias. Na fase conceptual aborda-se o problema de investigação, o domínio da investigação e realiza-se a fundamentação teórica. É nesta fase que se dá início à recolha de todos os dados necessários para o estudo qualitativo. A segunda parte

é designada por fase metodológica onde se dá início à recolha de dados, selecionam-se os participantes e começam os respectivos procedimentos para a análise dos dados. Por fim, a fase designada por fase empírica é aquela onde se apresentam os dados e se realiza a análise, interpretação e a discussão dos mesmos. É nesta fase que se apresentam as principais conclusões que surgem da investigação.

Assim, para a presente investigação, foi realizada uma entrevista como instrumento de colheita de dados. A entrevista, é composta por 6 questões de resposta simples e fechada e 7 questões de resposta aberta.

Como principais resultados pode afirmar-se que os sentimentos vivenciados pelas grávidas foram o medo, angústia, ansiedade e felicidade. Os principais receios das grávidas foram o facto de contrair a doença perto da hora do parto, ficando assim separadas do bebé e sozinhas no momento de parir. Apesar dos constrangimentos impostos pela pandemia a maneira como as instituições e os profissionais de saúde se adaptaram à nova realidade foi satisfatória para a maioria das grávidas apesar de haver diferentes critérios nas instituições quanto ao acompanhamento na gravidez e parto, sendo apontadas falhas específicas durante o acompanhamento na gravidez (consultas, ecografias) e parto. Sendo a maioria das mulheres primíparas não existem diferenças relevantes em relação a gravidezes anteriores a não ser as relacionadas com o acompanhamento.

I- FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual é considerada o início do processo de construção e formulação de ideias sobre determinado assunto de interesse com vista a ter uma ideia clara e organizada sobre o que se pretende estudar.

1. O problema de investigação

Um estudo de investigação tem início com a definição de um problema que o investigador necessita de resolver, ou como uma questão que ele próprio precisa de responder. Qualquer problemática envolve uma situação ambígua e inquietadora com a finalidade de tentar resolver o problema ou contribuir para a resolução (Polit e tal, 2004, p.52).

A gravidez e o parto são vividos pelas futuras mães, pelos companheiros e pela família alargada como um momento mágico, pleno de felicidade e esperança.

A pandemia do Sars-cov-2 veio modificar este cenário sendo a gravidez vivida com grande incerteza e o parto que até aí era acompanhado pela família mais próxima, passou a ser um momento em que a grávida se encontra sozinha com os profissionais de saúde. Esta situação tornou-se um motivo de preocupação e ansiedade e daí a curiosidade da aluna em saber como viveram as grávidas este tempo.

i. Domínio da investigação

Neste projeto o campo de interesse da aluna passa por perceber quais as vivências das mulheres sobre o parto durante a pandemia.

ii. Questões pivô e questão de investigação

As questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação (Fortin, 2009).

A questão de investigação que serviu de base a este projeto é a seguinte “Como vivenciaram as mães a gravidez e parto em tempo de pandemia?”.

Como questões pivô definiram-se as seguintes:

- Que sentimentos experienciaram as mães durante a gravidez em tempo de pandemia?
- Será que as condições físicas e estruturais dos locais onde pariram corresponderam às expectativas considerando a situação de pandemia?
- Será que foi permitida a presença de familiares durante o trabalho de parto e parto?
- Qual foi a maior preocupação relacionada com o momento do parto em tempo de pandemia?
- Será que o acompanhamento proporcionado durante a gravidez e o parto atendendo às novas normas impostas pela DGS, foi aquilo que esperava e desejava?
- Será que a gravidez e o parto com a pandemia foi diferente quando comparado com as gravidezes e partos anteriores?

2. Revisão da literatura

A revisão da literatura ou enquadramento teórico permite identificar publicações sobre o assunto em estudo e é necessária para se conhecer e compreender o estado da arte acerca da problemática que se quer abordar à luz dos novos conhecimentos.

Segundo Fortin (2003, p.74), “(...) a revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre o domínio da investigação. No

decorrer desta revisão, o investigador aprecia, em cada um dos documentos, o conceito em estudo, as relações teóricas estabelecidas, os métodos utilizados e os resultados obtidos.”

i. Gravidez e Parto

A gravidez é um evento singular e marcante na vida da mulher, provocando alterações psicológicas, hormonais e físicas que preparam o organismo materno para gerar o novo ser. São modificações complexas e individuais, que variam entre as mulheres e podem propiciar medos, dúvidas, angústias ou simplesmente a curiosidade de saber o que está acontecendo com seu corpo (Piccinini, Gomes, De Nardi, & Lopes, 2008).

A vivência dos sentimentos pela gestante varia a cada trimestre. No primeiro, surgem manifestações de ambivalência, como dúvidas sobre estar grávida ou não, além de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, rejeição do bebê (Darvill, Skirton, & Farrand, 2010).

No segundo trimestre a mulher começa a incorporar a gravidez por meio dos movimentos fetais, refletindo certa estabilidade emocional, pois ela começa a sentir o feto como realidade completa dentro de si (Ferrari, Piccinini, & Lopes, 2007).

No terceiro trimestre o nível de ansiedade tende a aumentar com a aproximação do parto (Rodrigues & Siqueira, 2008) e a mudança de rotina que vai acontecer com a chegada do bebê, refletida em questões como a sexualidade da mulher (Araújo, Salim, Gualda, & Silva, 2012), os cuidados com o recém-nascido (Bergamaschi & Praça, 2008) e suas relações sociais (Rapoport & Piccinini, 2006).

Citando Balaskas (2017, p. 189), “o parto é um acontecimento muito especial na vida da mulher. É um momento em que ela vive uma transformação – torna-se mãe trazendo ao mundo um outro ser.”

O trabalho de parto consiste na duração de um processo fisiológico em que o feto, membranas amnióticas, líquido amniótico, cordão umbilical e placenta são descolados

do útero e expelidos, através da vagina, para o exterior. O trabalho de parto é o culminar de uma série de alterações, no útero e no colo, de origem endócrina e parácrina emanadas da mãe e do feto (Cunningham, et al., 2010).

O trabalho de parto e o parto humano são caracterizados por contrações uterinas que levam ao apagamento e dilatação cervical, levando à progressão do feto ao longo do canal do parto até ao nascimento (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

O desenrolar do trabalho de parto e o parto são o culminar de alterações bioquímicas do útero e do colo (Fatia A. & Tinoco L., 2016). A avaliação do trabalho de parto consiste na avaliação do bem-estar materno (tensão arterial, pulso, temperatura e dor), a nível fetal vigilância do foco cardíaco ou realização de cardiotocografia (CTG) e a evolução do trabalho de parto é avaliada através de toques vaginais, efetuados com a regularidade necessária.

O mecanismo do parto corresponde à sequência dos movimentos passivos da apresentação fetal, que permitem a passagem através do canal do parto. É o ajuste que o objeto faz relativamente ao trajeto. Sob o ponto de vista mecânico, existem quatro elementos fundamentais no decorrer do trabalho de parto e do parto: o trajeto – a bacia (Bacia óssea, articulações, ligamentos e músculos); o objeto- o feto (estática fetal: atitude, situação, apresentação, posição e variedade); a força - as contrações uterinas e músculos abdominais; o mecanismo- o conjunto de movimentos passivos desempenhados pelo feto na bacia obstétrica (Fatia A. & Tinoco L., 2016).

Os partos podem ser classificados como eutócitos (apresentação cefálica de vértice) que são partos instrumentalizados, com recurso a ventosa, forceps ou cesariana e partos distócitos ou partos naturais que são partos não instrumentalizados. Cada gestante deveria ter opção de escolha do tipo de parto caso não haja risco para a saúde dela e do bebé.

O plano de parto ou plano de nascimento deve ser realizado por todas as parturientes e acompanhantes para dar a conhecer as suas expectativas e desejos com vista à prestação de cuidados humanizados para que a sua experiência no parto seja harmoniosa, bem-

sucedida e gratificante. O plano de parto devidamente preenchido, facilita todo o processo desde a entrada da parturiente até ao seu regresso ao lar, tentando desmistificar os medos e inseguranças que o parto possa trazer.

Alguns hospitais portugueses incentivam a elaboração de planos de parto nos quais deve ser incluído o nome da parturiente, a data prevista do parto, o médico assistente, a pessoa que vai acompanhar/participar no trabalho de parto, os procedimentos durante o trabalho de parto, os métodos a utilizar para apoio e conforto e se pretende fármacos para redução de dor, como espera enfrentar a primeira fase do trabalho de parto, o que pode acontecer durante o trabalho de parto, o período expulsivo, os cuidados ao bebé, o contato pele a pele, o início do aleitamento materno na primeira hora de vida e outros aspetos relacionados com a estadia no serviço.

Para a maioria das mulheres, o trabalho de parto e o parto são atualmente realizados em ambiente hospitalar o que implica o afastamento do seu ambiente familiar e o encontro com profissionais de saúde, que lhe são desconhecidos e com os quais têm de estabelecer uma relação de confiança. O modo com a futura mãe encara este momento depende de múltiplos fatores como as informações recebidas nas consultas pré-natais, o contexto socioeconómico, experiências próprias de gravidezes anteriores e para as primíparas os relatos de experiências de partos felizes ou não, o que provoca natural ansiedade e medo. A dor do Trabalho de parto e do parto é o grande receio das mulheres o que influencia negativamente a sua vivência do parto.

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor entende a dor como um fenómeno emocional complexo, que deve ser encarado segundo um modelo biopsicossocial, individualizado e subjetivo, uma vez que não existem ainda, marcadores biológicos que a permitam caracterizar objetivamente, nem uma relação direta entre a causa e a sensação de dor (Gomes, 2008).

A dor obstétrica, não distante de uma outra dor aguda, é igualmente subjetiva e, maioritariamente, influenciada e experienciada de acordo com as crenças, valores, religião, comunidade/família em que a grávida/casal de insere (Guerra A., 2016).

Segundo Pereira (2018), a analgesia epidural e analgésicos endovenosos são dois tipos de métodos farmacológicos para controlo da dor. O método mais utilizado nos dias de hoje é a analgesia epidural, contudo só é administrada se for essa a vontade da parturiente e se ela se encontrar em fase ativa, para não prolongar a evolução do trabalho de parto.

O momento do parto continua a ser para a mulher um momento de medo, mas também de felicidade. Segundo Couto (2006) “O medo do parto é determinado por factores como a “sugestão” anterior da dor, a “ignorância” do mecanismo do parto e a “solidão” pela falta de amparo durante o trabalho de parto, o que irá originar medo, criando-se assim um ciclo vicioso de difícil destruição”.

A legislação portuguesa permite desde 2017 o direito do pai a estar presente nas salas de parto e blocos operatórios, mas esse direito só se tornou realmente efetivo com a Lei n.º 110/2019 a qual consagra o direito à mulher de ter um acompanhante, que pode ser em regime de alternância) durante as consultas e durante o parto podendo o direito ao acompanhamento ser exercido independentemente do período do dia ou da noite em que o trabalho de parto ocorrer.

O companheiro/marido pode ser considerado o acompanhante ideal no processo de trabalho de parto e parto, pois a sua presença é promotora do vínculo parental, uma vez que participando no nascimento do filho, afirma-se a sua paternidade e a valorização do seu papel na família (Holanda et al., 2018).

“Ter um parto respeitado significa que temos direito a acompanhante, que dispomos de estratégias de alívio da dor apropriadas e que temos direito à mobilidade onde for possível bem como podemos escolher a posição para conseguirmos parir” (Negrão, 2020).

Também a OMS (2020) afirma que todas as grávidas têm direito a um acompanhante presente no Parto, mas, com a pandemia os pais viram restringido este direito tendo começado por ser apenas o pai do bebé o acompanhante e com o desenrolar da pandemia a maioria dos hospitais proibiu a presença de qualquer familiar ficando as mulheres sozinhas num momento tão importante das suas vidas.

Segundo as recomendações da OMS de 20 de fevereiro de 2018, mesmo que a intervenção médica seja necessária, é preciso incluir as mulheres na tomada de decisões sobre os cuidados que vão receber. A mulher tem direito a ter um acompanhante à sua escolha durante o trabalho de parto e ao respeito pelas opções e tomada de decisão da mulher na gestão da dor e nas posições escolhidas durante o trabalho de parto. A mulher tem ainda o direito ao respeito pelo seu desejo num parto natural, até à fase de expulsão (SNS, 2018).

ii. A Pandemia SARS-CoV-2 e repercussões na gravidez e parto

A 31 de dezembro de 2019, foi conhecido pela primeira vez, a doença do novo coronavírus (COVID-19), causada pelo vírus SARS-CoV-2.

A COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde como pandemia no dia 11 de março de 2020 e a 18 de março de 2020 foi declarado o estado de Emergência a nível nacional. A SARS-CoV-2 é um agente de infeção respiratória, o coronavírus que se transmite mais frequentemente por aerossóis e gotículas de secreções respiratórias (expelidas pela fala, tosse ou espirro). A transmissão do vírus através de objetos e superfícies contaminadas pode ocorrer, mas de forma mais limitada, pois estes microrganismos são sensíveis à secura e humidade, não sendo viáveis no meio ambiente por longos períodos de tempo, afetando pessoas de todas as nações, continentes, raças e grupos socioeconômicos, sendo por isso uma das crises centrais de saúde de uma geração.

Por se tratar de uma doença desconhecida e com grande imprevisibilidade, os governos adotaram medidas restritivas nomeadamente reduzindo a circulação e o acesso das pessoas aos estabelecimentos de saúde.

A pandemia veio condicionar o controlo do acompanhamento durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. O medo do parto e as práticas obstétricas já existiam antes da COVID-19 como por exemplo: o medo das intervenções obstétricas, da perda da autonomia na tomada de decisão, dos aspetos estruturais do serviço de obstetrícia, do abandono durante o trabalho de parto e o parto. A COVID-19 trouxe com ela o medo e a incerteza para as gestantes e para as suas famílias.

Souto (2020) descreveu o medo como o significado do desconhecido e da imprevisibilidade do parto, da exposição ao perigo e à falta de segurança, a submissão aos protocolos das instituições de saúde, com a anulação da possibilidade de escolhas pessoais, a sensação de perda de controlo na gravidez e no parto e as incertezas em relação ao futuro.

As restrições impostas pela pandemia fizeram com que muitos pais de primeira viagem ficassem sem as aulas de preparação para a parentalidade presencial. Algumas consultas de vigilância na gravidez foram anuladas ou realizadas através de plataformas digitais, as consultas presenciais essenciais aconteciam, mas apenas com a gestante, e nos meses seguintes à declaração de pandemia foram muito poucas as instituições que permitiam a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto e só em casos de teste COVID-19 negativo, sendo decidida a proibição absoluta de visitantes. A grande maioria das instituições adotou regras absolutamente restritivas e só em junho após atualização da norma da DGS alguns hospitais flexibilizaram as restrições impostas.

Existem em Portugal 43 hospitais públicos com serviço de obstetrícia que a 20 de março de 2020 suspenderam a presença do pai durante o trabalho de parto assim como as visitas e acompanhante. Desses hospitais apenas 6 permitiram que o pai/acompanhante estivesse presente na hora do trabalho de parto passado um mês após a declaração de pandemia, o que gerou situações de grande tristeza e instabilidade para as parturientes.

Também a nível do aleitamento materno surgiram mudanças e restrições. O primeiro bebé de mãe COVID-19 positivo nasceu a 17 de março de 2020, no Centro Hospitalar Universitário São João e como até à data pouco se sabia sobre os riscos de transmissão que os bebés podiam sofrer, foi decidido proibir o aleitamento materno. Inicialmente a DGS recomendava que só se podia amamentar com 2 testes à COVID-19 negativos, caso contrário o leite seria para rejeitar. Mais tarde, a 20 de maio de 2020 a DGS concluiu que cumprindo a etiqueta respiratória não haveria riscos para o bebé, mas sim benefícios do aleitamento materno. O leite materno contém ingredientes vivos (células estaminais, glóbulos brancos e bactérias benéficas), componentes bioativos, como anticorpos, enzimas e hormonas que todos juntos ajudam a combater as infeções e prevenir as doenças contribuindo para um desenvolvimento saudável.

A 18 de março de 2020, a WHO elaborou orientações específicas sobre os cuidados a ter no período de gravidez, parto e pós-parto em relação à presença ou suspeita de infeção por SARS-Cov-2.

A WHO defende que qualquer mulher tem direito a uma experiência de parto segura e positiva, isto é, ser tratada com respeito e dignidade, ter acompanhante da sua escolha presente durante o parto, comunicação clara por parte da equipa de cuidados de saúde materna, estratégias apropriadas para o alívio da dor, mobilidade no trabalho de parto, sempre que possível e escolha da posição para a expulsão.

Contudo, a WHO também defendeu que o contacto pele a pele e a amamentação em caso de COVID-19 positivo deve ser promovida e incentivada a prática desde que sejam asseguradas as medidas de etiqueta respiratória (lavagem das mãos, desinfeção regular das superfícies e uso de máscara).

A 30 de março de 2020, a Direção Geral de Saúde (DGS), emitiu uma diretriz com orientações para o acompanhamento da gravidez e atendimento ao parto para gestantes SARS-Cov-2 positivas ou com suspeita onde recomendava que ficava ao critério de cada instituição a aplicação de algumas medidas.

A Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 da DGS, salienta que as grávidas que testem positivo à Covid 19 devem permanecer no domicílio e posteriormente ligar à linha Saúde 24. Quando a grávida está em quarentena e esta não compromete a sua segurança clínica todos os serviços devem ser prestados à distância. Nas grávidas com Covid-19 positivo, o parto deve ser realizado em salas isoladas, se possível em pressão negativa e pessoal exclusivo para as grávidas com covid positivo.

Durante todas as orientações o teste COVID-19 à grávida e ao acompanhante tem de ser sempre realizado.

A diretriz emitida a 30 de março de 2020, foi sofrendo atualizações com base em evidências científicas. A primeira atualização foi a 5 de junho de 2020 e a segunda que ainda se encontra em vigor a 9 de outubro de 2020.

À medida que a pandemia foi avançando os hospitais foram-se adaptando à realidade permitindo lentamente a presença de acompanhantes, com teste covid negativo, no momento da expulsão e mais tarde algum tempo no internamento.

Com as atualizações mais recentes das diretrizes sabe-se que a proibição ou restrição de presença de acompanhantes, doulas e visitantes poderão afetar negativamente a confiança das grávidas no parto normal e a sua experiência na gravidez e parto.

A pandemia não veio só alterar a saúde e bem-estar da grávida, mas sim de toda a família, uma vez que em alguns hospitais a presença do pai foi barrada impedindo assim a parentalidade positiva.

No dia 25 de março de 2021, houve uma reportagem da estação de televisão SIC que fez um ponto de situação vivida pelas mães com o parto desde o início da pandemia.

Os principais relatos dos sentimentos das gestantes em plena pandemia ressaltam o sentimento de angústia, impotência, insegurança e sensação de isolamento e de restrição.

Inicialmente as primeiras consultas eram realizadas por teleconsulta, e nas ecografias só era permitida a presença da grávida. Quase todos os hospitais suspenderam as visitas ao acompanhante o que gerou uma revolta nos pais cujos bebés nasceram na primeira vaga. As grávidas referiram que sentiram falta do apoio do companheiro no trabalho de parto, solidão na hora da indução do parto, falta de acompanhamento e que não era justo o pai não poder estar presente quando o filho era dos dois.

A 5 de junho com a reformulação da orientação da DGS emitida a 30 de março, foi possível a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, no entanto em alguns hospitais o pai apenas pôde ver o seu filho durante 15 minutos, mas sem poder tocar-lhe.

Em Portugal, em novembro de 2020, em alguns hospitais as mães com COVID-19 positivo estiveram sempre isoladas, o pai não conseguiu acompanhar nem visitar o filho e foi impedido o contacto pele a pele após o nascimento. O contacto pele a pele só traz benefícios para o bebé desde que seja cumprida a etiqueta respiratória.

Em março de 2021, há 39 hospitais que preconizam que mãe com COVID-19 positivo deve permanecer com o seu bebé, e promover o aleitamento materno sempre que possível. Existem ainda 4 hospitais que separam os bebés da mãe com COVID-19 positivo e podem mesmo ficar internadas juntos com outros doentes COVID-19.

No ano de 2020 nasceram em Portugal 85456 bebés no qual só um contraíu infeção vertical (na placenta).

3. Objetivos da investigação

Por forma a responder às questões de investigação formuladas, surge a necessidade de estabelecer objetivos.

Segundo Fortin (2009), o objetivo consiste num enunciado declarativo que precisa de orientação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em questão.

Com a realização deste projeto pretendemos que o seguinte objetivo geral seja alcançado:

- “Conhecer as experiências vividas pelas mães durante a gravidez e parto em tempo de pandemia”.

Os objetivos específicos delineados são:

- Descrever os sentimentos vividos pelas mães durante a gravidez.
- Averiguar se as condições físicas e estruturais dos locais onde pariram corresponderam às expectativas considerando a situação de pandemia.
- Saber se foi permitida a presença de familiares para acompanhar durante o trabalho de parto e parto.
- Conhecer qual a maior preocupação sentida pelas mães relacionada com o momento do parto em tempo de pandemia.
- Determinar se o acompanhamento proporcionado durante a gravidez e o parto com as normas impostas pela DGS, correspondeu às expectativas.
- Comparar as diferenças entre a gravidez e parto com a pandemia com as gravidezes e partos anteriores, se existiram.

II. FASE METODOLÓGICA

A fase metodológica operacionaliza o estudo, precisando o tipo de estudo, as definições operacionais das variáveis, o meio onde se desenrola o estudo e a população (Fortin et al., 2003) .

1. Desenho de investigação

Os principais elementos para que haja um desenho de investigação são, o tipo de estudo, o meio onde se irá realizar o estudo, população e amostra e instrumento de colheita de dados.

O desenho da investigação pode então ser definido como “o conjunto de decisões a tomar para pôr em pé uma estrutura, que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho da investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira a que os objetivos sejam atingidos” (Fortin, 2009, p.214).

i. Tipo de estudo

O estudo realizado é um estudo de tipo exploratório, descritivo, transversal e com abordagem qualitativa.

Segundo Bogdan e Biklen (1997) citado por Vilelas, (2009) as investigações qualitativas têm como características o facto de o investigador ser o principal instrumento da investigação, que é mais descritiva e o que interessa na investigação é mais o processo de investigação do que os dados a que se chega que são analisados de forma indutiva.

O que se pretende com este tipo de investigação é entender de forma aprofundada o objeto deste estudo, analisar como as pessoas interpretam e dão sentido à realidade subjetiva e não produzir generalizações (Vilelas, 2009).

Para a colheita de dados foi utilizada uma entrevista estruturada com um guião elaborado pela autora com base nas experiências vividas no ensino clínico de saúde materna e na pesquisa bibliográfica.

O estudo recebeu o parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo I).

ii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

“Dois aspectos fundamentais para o rigor do procedimento da investigação: o processo de selecção dos sujeitos que vão fazer parte da investigação, isto é, quem vai ser alvo da intervenção e/ou da avaliação, e os momentos em que ocorre a recolha de dados” (Almeida e Freire, 2007, p.83).

Como refere Fortin (2009, p.311), a população alvo define-se como “(...) conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de selecção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”.

A população base deste estudo integrou todas as mulheres que estavam grávidas quando foi declarada a pandemia de SARS-CoV-2, mais concretamente o dia 11 de março de 2020 e que se mostraram disponíveis e interessadas em responder.

A amostra foi constituída por 28 mães que pariram durante o ano de 2020 sendo que a última entrevistada teve o seu parto em dezembro de 2020.

Para Fortin (1999, p.202) a amostra é um subconjunto de uma população (...) uma réplica em miniatura da população alvo, devendo ser representativa da população visada, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

O tipo de amostragem utilizada é do tipo não probabilística, em bola de neve, onde os indivíduos seleccionados para serem estudados convidam ou sugerem novos participantes da sua rede de amigos e conhecidos fazendo com que a amostra vá crescendo a medida que os indivíduos seleccionados solicitam a adesão de novos participantes.

Através desta amostragem não pretendemos generalizar as conclusões obtidas, sendo estas válidas apenas para a presente investigação (Vilelas, 2009).

iii. Variáveis em estudo

Para Fortin (2009, p.171), “As variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores”. Neste estudo foram consideradas variáveis atributo e variáveis estranhas. As variáveis de atributo são características pré-existentes dos participantes num estudo, são geralmente constituídas por dados demográficos tais como a idade, o género, a situação de família. As variáveis de atributo presentes nesta investigação são os dados socio demográficos como a idade e a profissão e os antecedentes pessoais relacionados com a gravidez o número de gravidezes, o estabelecimento de saúde onde foi seguida, o local onde aconteceu o parto e a presença em aulas de preparação para a parentalidade. As variáveis estranhas são variáveis externas à investigação, que não sendo controladas podem afetar os resultados finais. Como variável estranha a considerar neste estudo temos a questão da paridade em função das entrevistadas serem primíparas ou múltíparas.

iv. Instrumento de recolha de dados e pré-teste

Optou-se por uma entrevista estruturada, baseada num guião, elaborada com base em questões relacionadas com a gravidez vivida em pandemia, (Anexo II).

As entrevistas foram recolhidas de 20 de dezembro de 2020 a 31 de janeiro de 2021.

A técnica escolhida para a recolha de dados foi a entrevista porque é uma forma específica de interação social, cujo objetivo é recolher dados para a investigação através de questões colocadas a pessoas de interesse para a investigação, procurando recolher informações. Uma das vantagens desta técnica é o facto do investigador ter acesso a dados relativos a opiniões, desejos, atitudes e expectativas, proporcionados

pelos próprios entrevistados. A desvantagem é que estas informações estão carregadas de subjetividade, preconceitos e estereótipos (Vilelas, 2009).

A entrevista é adotada como técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos. Os profissionais que tratam de problemas humanos tais como psicólogos, sociólogos, pedagogos, assistentes sociais entre outros, valem-se dessa técnica, não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação. Ou seja, parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas se deu graças à utilização da entrevista (Gil, 2008).

De um modo geral pode-se afirmar que as entrevistas se dividem em: entrevistas estruturadas que são aquelas que predeterminam em maior grau as respostas a serem obtidas, e as semiestruturadas que são desenvolvidas de forma mais espontânea (Gil, 2008).

A entrevista estruturada desenvolve-se a partir de uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permanece invariável para todos os entrevistados, que geralmente são em grande número. Esse tipo de entrevista traz como vantagens a sua rapidez, preparação menos exaustiva do pesquisador, baixo custo, e a possibilidade de análise estatística dos dados, já que as respostas obtidas são padronizadas (Gil, 2008).

Outra vantagem da entrevista qualitativa é a compreensão do mundo da vida do entrevistado ou de grupo sociais especificados. Essa compreensão contribui para um número de diferentes empenhos na pesquisa por meio de uma descrição detalhada. E consequentemente essa descrição poderá ser empregada como uma base na construção de um referencial para pesquisas futuras (Gaskell, 2011).

v. Tratamento e apresentação dos dados

Os dados foram recolhidos através de uma entrevista da autoria da proponente. A entrevista foi preferencialmente realizada por via digital, sendo também considerada para quem não teve a possibilidade de realizar por esta via o envio da entrevista por

correio eletrónico. Para a realização das entrevistas foi solicitada previamente a autorização e explicada a sua natureza e a sua importância para a realização deste estudo. Foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e sublinhado que as mesmas não serão utilizadas para outro fim senão o deste trabalho e que finalizado o trabalho seriam destruídas. O consentimento informado foi entregue antecipadamente de modo a obter a permissão para a realização destas.

Os dados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2016), a análise de conteúdo é o desvendar crítico, um conjunto de instrumentos de carácter metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.

A análise de conteúdo deixou de ser uma análise apenas descritiva e passou a dar uso à inferência através de análises. As inferências procuram esclarecer as causas da mensagem ou as consequências que esta pode provocar.

2. Salvaguarda dos princípios éticos

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade moral pelas características que a definem. Revela-se fundamental a consideração de todos os procedimentos, pois em investigação existe um limite que não deve ser ultrapassado: o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009).

Qualquer investigação tem de ter na sua base os princípios éticos, tais como o princípio do direito à autodeterminação, 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.

Ao longo do processo de investigação os direitos das pessoas devem ser absolutamente protegidos, direitos esses que são os seguintes, segundo Fortin (2003, p.180):

- O Direito à autodeterminação baseia-se no respeito da pessoa, segundo as quais têm o direito de decidir se participam ou não no estudo, tendo plena liberdade

para fazê-lo. Neste estudo as participantes foram convidadas a participar no estudo e foi assegurado o direito de decidir livremente sobre a sua participação.

- Direito à intimidade, o investigador deve assegurar que o seu estudo não é invasivo para as pessoas e não coloca em causa a intimidade das mesmas. Neste estudo as participantes foram livres de decidir sobre o grau de informação íntima que quisessem falar com a autora.
- O Direito ao anonimato e à confidencialidade obriga a que o investigador assegure que através dos resultados nenhuma das inquiridas seja reconhecida, quer pelo investigador, quer pelo leitor. As participantes não são identificadas em qualquer parte da entrevista, e estas serão identificadas com letras.
- Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, que corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes que lhe possam fazer mal ou prejudicar. Neste estudo foi garantido o respeito, pela decisão dos sujeitos caso não quisessem participar no estudo ou se quisessem abandonar a meio, ou mesmo se não quisessem que a entrevista depois de realizada fosse considerada no estudo.
- O direito ao tratamento justo e equitativo relata que todas as participantes têm o direito de obterem toda a informação sobre o presente estudo: tal como a sua natureza, objetivos, duração e implicações para os participantes. Antes da entrevista, a investigadora contactou as participantes para saber se estavam disponíveis para a participação no estudo, tendo apresentado o tema e esclarecido acerca do estudo e dos métodos utilizados, bem como a sua importância no estudo, e para que fins serão os dados, e por último o tempo estimado da realização da entrevista. Posteriormente enviou o consentimento informado e a entrevista para que as participantes pudessem responder.

III. FASE EMPÍRICA

Na fase empírica, são apresentados e analisados todos os dados recolhidos ao longo do estudo de investigação, para que posteriormente se realize a discussão dos resultados.

Como refere Fortin, (2003, p.41), “esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados”.

1. Caracterização da amostra

Para Vaz Freixo (2011, p.183), “as características da população definem um grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção”, assim, a amostra desta investigação (n=28) são mulheres que pariram durante a pandemia por Sars-Cov-2.

Quadro 1 – Caracterização da amostra

Idade	Profissão	N.º Gra vide z	Local onde foi seguida			Local onde pariu		Preparação parentalidade	
			Púb.	Priv	Ambos	Púb.	Priv	Si m	Não
23	Empregada Fabril	1	X			X			X
23	Desempregada	1	X			X			X
24	Desempregada	1			X	X		X	
26	Empregada de balcão	1	X			X		X	
26	Desempregada	2	X			X			X

Parir em Pandemia

	a								
26	Desempregada	1			X	X			X
28	Lojista	2	X			X			X
29	Eng. Bioquímica	1	X			X		X	
29	Lojista	1	X			X			X
29	Auxiliar da ação médica	1			X	X			X
29	Empregada Fabril	1			X	X			X
30	Eng. Civil	1			X	X		X	
30	Explicadora	1			X		X		X
31	Montadora de quadros	2	X			X			X
31	Desempregada	2		X		X			X
32	Fisioterapeuta	1			X	X			X
32	Enfermeira	1			X	X		X	
33	Professora	1			X		X	X	
34	Esteticista	3	X			X			X
36	Técnica de Anatomia patológica	1			X	X			X
36	Solicitadora	1			X	X			X
37	Eng. Civil	2	X			X			X
37	Enfermeira	2			X	X		X	
38	Empregada Fabril	4			X	X			X
39	Enfermeira	3			X		X		X
40	Vigilante	3			X	X			X
41	Rececionista	3			X		X		X

43	Secretária clínica	2			X	X			X
Total: 28			10		1	17	24	4	7 21

Na análise ao quadro 1, verifica-se que o intervalo de idades das grávidas, variam entre os 23 e 43 anos de idade, sendo que 53,57% (n=15) tinham idades superiores a 30 e 46,43 % (n=13) com idade inferior a 30 anos. No que diz respeito ao número de gestações de cada mulher verificou-se que 57,14 % (n=16) das grávidas eram primíparas e 42,86% (n=12) era, multíparas. Observa-se que a maioria das grávidas optou por parir no hospital público, representado por 85,71 % (n=24) e apenas 14,29% (n=4) optou por parir num hospital privado. Conclui-se que 35,71 % (n=10) foram seguidas só no hospital público, 3,58 % (n=1) foi seguida só no hospital privado e 60,71 % (n=17) foram seguidas em ambos os hospitais. Por fim, 25% (n=7) das grávidas frequentaram aulas de preparação para a parentalidade e a maioria 75% (n=21) não frequentaram as aulas.

2. Apresentação, análise e interpretação dos dados

Neste subcapítulo, apresenta-se uma caracterização da amostra através dos dados recolhidos através da entrevista. Posteriormente os dados obtidos foram tratados e analisados, sendo a informação agrupada e organizada segundo quadros, com categorias e subcategorias, conforme descrito no quadro 2.

Quadro 2- Categorias e subcategorias das unidades de registo

Categoria	Subcategoria
Sentimentos vivenciados durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia • Ansiedade • Medo
Estrutura Física	<ul style="list-style-type: none"> • Acolhedora
Presença de familiares no trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> • Permissão • Não permissão
Preocupação no momento do parto	<ul style="list-style-type: none"> • Contrair o vírus • Ficar sozinha durante o parto
Satisfação com o acompanhamento pelos profissionais de saúde durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Muito satisfeito • Insatisfeito
Diferença entre gravidez antes e durante a pandemia	

Quadro 3 – Apresentação das unidades de registo para a categoria sentimentos vivenciados durante a gravidez.

Categoria	Sub - Categoria	Unidade de registo
Sentimentos vivenciados durante a gravidez	Angústia, Ansiedade, Medo.	<p>E1: “Com alguma angústia, por não levar a vida “normal” ...”</p> <p>E2: “... senti receio do desconhecido e bastante ansiedade.”</p> <p>E8: “Medo, preocupação, receio, mas ao mesmo tempo felicidade.”</p> <p>E9: “...preocupada com a possibilidade de estar sozinha durante o parto... triste não puder viver a minha gravidez em família e com os amigos.”</p> <p>E20: “... um misto de sentimentos... tinha receio que o maldito vírus nos apanhasse.”</p>

		E25: “...em toda a gestação como é obvio esteve sempre presente uma certa preocupação e angústia, características deste tempo tão especial e tão mágico.”
--	--	---

Os principais relatos dos sentimentos des gestantes em plena pandemia realçam o sentimento de angústia, impotência, insegurança e sensação de isolamento e de restrição.

A maioria das grávidas entrevistadas referiram que viveram esta gravidez com angústia, ansiedade e medo mais provocado pela pandemia. A 11 de março de 2020 foi declarada a pandemia e trouxe com ela muitas incertezas e inseguranças para as grávidas no início da gravidez. A pandemia veio condicionar fortemente o acompanhamento durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. O medo do parto e das práticas obstétricas já existia antes da COVID- 19, mas agravaram-se muito com esta no que se refere especialmente ao medo das intervenções obstétricas, da perda da autonomia na tomada de decisão, dos aspetos estruturais do serviço de obstetrícia, do abandono durante o trabalho de parto e o parto. Com a pandemia e as restrições impostas pelos hospitais quanto à presença de familiares, o medo e a incerteza para as gestantes e para as suas famílias tornou-se maior o que se reflete nas respostas obtidas.

Quadro 4 – Apresentação das unidades de registo para a categoria de estrutura física.

Categoria	Sub Categoria	Unidades de registo
Estrutura Física	Acolhedoras	E1: “No geral as condições eram boas...” E2: “Atingiu as minhas expectativas e tinha ótimas instalações...” E3: “As instalações do hospital cumpriram todos os requisitos impostos pela DGS.” E6: “Muito boas, superou as expectativas.” E7: “Sim, foram de encontro as minhas expectativas, nada a apontar.”

		<p>E12: “Até tive sorte de estar num quarto sozinha.”</p> <p>E23: “As condições da maternidade estiveram à altura, apesar da situação que se está a passar...”</p> <p>E24: “Completamente à altura.”</p> <p>E26: “Gostei das instalações de obstetrícia devido à situação que vivíamos eram aceitáveis.”</p>
--	--	--

A Orientação nº 018/2020 de 30/03/2020 da DGS, salienta que nas grávidas com Covid-19 positivo, o parto deve ser realizado em salas isoladas, se possível com pressão negativa e pessoal exclusivo para as grávidas com covid-19 positivo.

Os procedimentos que não possam ser adiados (rastreamento combinado do 1.º trimestre e a ecografia morfológica) devem ser agendados para o final do dia, os profissionais de saúde devem utilizar os EPIS adequados durante todos os procedimentos prestados à grávida com COVID-19 positivo ou suspeita de infeção por COVID-19. Estes doentes devem seguir circuitos específicos para evitar as cadeias de transmissão.

“Durante um internamento por COVID-19 a abordagem à grávida deve ser multidisciplinar, envolvendo obstetras, internistas, intensivistas, infeciologistas, pneumologistas, anesthesiologistas e neonatologistas, de acordo com a possibilidade e necessidade” (DGS,2020).

Apesar do inesperado da pandemia que atingiu Portugal, as entrevistadas referiram que as instalações onde pariram estavam preparadas e adaptadas à nova realidade.

Quadro 5. Apresentação de unidades de registo para a categoria presença de familiares no trabalho de parto e parto.

Categoria	Sub Categoria	Unidades de registo
Presença de familiares no trabalho de parto e parto	Permissão	<p>E1: “Era permitido a presença de um acompanhante, mas tinha que ter um teste ao covid negativo.”</p> <p>E2: “Nessa altura ainda permitiam ao pai assistir ao parto e a permanecer no quarto, mas já não permitiam visitas.”</p> <p>E3: “Foi permitida a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e no parto”.</p> <p>E7: “Sim foi permitido a presença do pai no parto, mas ambos tivemos que fazer teste ao COVID-19 com 48 horas de antecedência.”</p> <p>E12: “A presença era permitida, porém o resultado do teste ao COVID-19 do pai não saiu a tempo e estive sempre sozinha.”</p> <p>E23: Sim, embora só deixaram ter acompanhamento na hora do parto.”</p> <p>E27: “Sim, porque foi no privado caso contrário não tinha.”</p> <p>E28: “...o pai assistiu ao parto, subiu conosco ao internamento e depois não pôde entrar mais...”</p>
	Não permissão	<p>E5: “Não.”</p> <p>E10: “Não, apesar do teste ao COVID-19 ser negativo não pôde assistir à cesariana.”</p>

A legislação portuguesa (Lei n.º 110/2019) consagra o direito à mulher de ter um acompanhante, que pode ser em regime de alternância), mas, com a pandemia os pais viram restringido este direito tendo começado por ser apenas o pai do bebé o acompanhante e com o desenrolar da pandemia a maioria dos hospitais proibiu a

presença de qualquer familiar ficando as mulheres sozinhas num momento tão importante das suas vidas.

Apesar das restrições motivadas pela pandemia das 28 mulheres entrevistadas, apenas 5 referiram que não foi permitido a presença de um acompanhante quer no parto quer durante o trabalho do parto.

Quadro 6 – Apresentação das unidades de registo para a categoria preocupação no momento do parto.

Categoria	Sub categoria	Unidades de registo
Preocupação no momento do parto	Contrair o vírus	<p>E1: “Ficar infetada no momento do parto... o feto puder ficar infetado com alguma patologia.”</p> <p>E4: “O teste ao COVID-19 dar positivo no dia do parto.”</p> <p>E5: “... o meu teste ao COVID-19 dar positivo e não puder ver nem estar com a minha filha nos primeiros 14 dias da vida dela...”.</p> <p>E6: “Estar com alguém que tivesse COVID-19.”</p> <p>E23: “o que mais me preocupava em relação ao momento do parto era não ser bem assistida, o que poderia prejudicar a saúde do meu bebé.”</p> <p>E28: “O que mais me preocupou foi, que a meio do parto, eu já estava a entrar em exaustão e o enfermeiro que estava destacado para auxiliar a grávida com COVID-19 positivo teve que vir auxiliar no meu parto...tinha muito medo que ele me</p>

		infetasse a mim e aos meus bebês ...”.
	Ficar sozinha durante o parto	<p>E3: “O que mais me preocupou foi se o meu acompanhante podia entrar no momento do parto...”.</p> <p>E7: “... não ter ninguém presente na hora do parto ...”.</p> <p>E9: “Estar sozinha e sofrer violência obstétrica.”</p> <p>E10: “Ficar sozinha e não aguentar as dores.”</p> <p>E12: “Ficar sozinha, o que acabou por acontecer.”</p> <p>E24: “...era o medo de não me sentir apoiada, segura e capaz de viver aquele momento para ultrapassar as dificuldades.”</p> <p>E25: “O ter que avançar para cesariana e não ser possível a presença do pai.”</p> <p>E27: “Que o pai não estivesse presente para viver um momento importante”.</p>

O desconhecimento sobre a doença que surgiu de forma inesperada, a rápida transmissibilidade e a alta letalidade desencadearam grande alarme nas populações e de modo especial nos grupos mais vulneráveis. Segundo Castro (2020), o medo de contrair o vírus surge em mulheres que possuem filhos, que não se encontram a trabalhar, mas que convivem diariamente com outras pessoas, tornando então assim maior o risco de contágio.

O companheiro/marido pode ser considerado o acompanhante ideal no processo de trabalho de parto e parto, pois a sua presença é promotora do vínculo parental, uma vez que participando no nascimento do filho, afirma-se a sua paternidade e a valorização do seu papel na família (Holanda et al., 2018).

Embora esta presença do pai no momento do parto seja uma conquista relativamente recente na maioria dos hospitais ela é muito desejada pelas mulheres, pois contribui para o sentimento de segurança e união do casal, permitindo também fortalecer o vínculo entre pais e o filho recém-nascido.

As restrições impostas pela pandemia fizeram com que muitos pais ficassem sem as aulas de preparação para a parentalidade presencial. Algumas consultas de vigilância na gravidez foram anuladas ou realizadas através de plataformas digitais, as consultas presenciais essenciais aconteciam, mas apenas com a gestante, e nos meses seguintes à declaração de pandemia foram muito poucas as instituições que permitiam a presença do acompanhante no trabalho de parto e parto e só em casos de teste COVID-19 negativo, sendo decidida a proibição absoluta de visitantes. A grande maioria das instituições adotou regras absolutamente restritivas e só em junho após atualização da norma da DGS alguns hospitais flexibilizaram as restrições impostas.

Quadro 7 – Apresentação das unidades de registo para a categoria satisfação com o acompanhamento pelos profissionais de saúde durante a gravidez.

Categoria	Sub Categoria	Unidades de registo
Satisfação com o acompanhamento pelos profissionais de saúde durante a gravidez	Muito satisfeito	E1: “... o meu acompanhamento durante a gravidez foi bom, tive consultas desde o início com o obstetra.” E6: “Sim, tudo decorreu de acordo com as novas normas impostas pela DGS.” E12: “... tanto no centro de saúde como no hospital fui bem acompanhada...”. E24: ”... o acompanhamento e o parto estiveram sempre de acordo com as normas impostas pela DGS.” E28: “Sempre fui bem acompanhada e ainda tive a sorte do meu marido acompanhar grande parte das consultas “.
	Insatisfeito	E3: “... não foi o que eu esperava nem

		<p>desejava, visto que todas as consultas foram realizadas sozinha... “.</p> <p>E7: “... durante a gravidez não, não foi possível qualquer tipo de acompanhamento em consultas e ecografias...”.</p> <p>E8: “... Foi muito pior, se não fosse o atendimento no privado não tinha tido quase acompanhamento nenhum”.</p> <p>E23: “... o acompanhamento durante a gravidez deixou muito a desejar, nas consultas estive sempre sozinha e no parto acho que faltou um pouco de parte humana pela equipa”.</p> <p>E27: “... com a pandemia não deram o acompanhamento necessário. Fui abandonada pelo Hospital que estava a ser seguida.</p>
--	--	--

Através dos relatos das grávidas, pode constatar-se que alguns aspetos correram menos bem pela parte dos profissionais de saúde. Principalmente na parte do acompanhamento ao longo da gravidez. Contudo, a maioria das grávidas ficaram satisfeitas com os cuidados prestados no local escolhido.

Segundo Tereso (2005), as parturientes, no momento de parir encontram-se afastadas do seu ambiente familiar e social, aumentando assim o seu nível de ansiedade e fragilidade. As parturientes assumem que o profissional de saúde tem um papel essencial, através da sua presença e apoio proporcionados, um papel relevante na perceção das mulheres em relação à experiência do parto.

“As mulheres valorizam o conforto físico, o suporte psicológico através de um cuidado personalizado, no respeito pela sua privacidade, com competência e por uma equipa que seja capaz de reconhecer as suas necessidades “(Domingues et al., 2004).

Quadro 8 – Apresentação das unidades de registo para a categoria diferença entre gravidez antes e durante a pandemia.

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Diferença entre gravidez antes e durante a pandemia.		<p>E1: “A diferença durante a gravidez para mim foi a liberdade de ter uma vida “normal”, ir trabalhar, sentir-me completamente autónoma e livre. ... no parto foi uma diferença enorme, pois foi um parto muito rápido, era obrigatório ter o teste COVID-19 negativo que demorava cerca de 1 hora a ter o resultado pronto, sendo que neste período ninguém me acompanhou nem prestou assistência, só me colocaram as “cintas”, ninguém entrou mais na sala de partos, nem enfermeiros, nem médicos, nem anestesistas, acabei por não levar epidural como tinha solicitado. Só quando comecei a expulsar o bebé é que entraram na sala e ajudaram no parto, o que acabou por ser um parto com alguma “violência” sem necessidade, dado o meu historial clínico.</p> <p>E2: “Não sendo uma primeira gravidez, as diferenças no parto foram: não ter direito a visitas, todos os profissionais andarem de máscara; avaliação de temperatura ao meu marido, o meu filho mais velho não puder ver o irmão quando nasceu, todos os serviços públicos fecharam o que tornou extremamente difícil registar o bebé e até hoje ainda não tem cartão de cidadão, entre outras situações... tudo foi difícil naquela altura. Na gravidez não houve diferenças em relação à primeira gravidez, exceto na antecipação da cesariana que não estava prevista.”</p> <p>E4: “A diferença foi não poder ser acompanhada</p>

	<p>na ida as consultas, ecografias e tudo relacionado com o bebé. O acompanhamento durante o parto também foi diferente durante a gravidez e na hora do parto, nas visitas só o pai pode entrar.”</p> <p>E7: “Na gravidez anterior foi tudo muito tranquilo e penso que se não tivéssemos em pandemia tinha sido também. Eu tinha muito receio de ficar positiva a COVID-19 e ficar separada do meu bebé era o meu maior medo.”</p> <p>E11: “Solidão nas consultas e no parto.”</p> <p>E21: “Menos consultas, o acompanhamento mudou muito.”</p> <p>E24: “O facto de o pai não poder estar presente nas consultas/ecografias, e não haver esse acompanhamento enquanto grávida, que acho fundamental, havendo um sentimento de tristeza por parte dos dois. Não poder partilhar e estar junto de quem mais gostamos que são a nossa família e amigos e poder viver este momento mágico e único sem eles da forma que eu tanto gostava.”</p>
--	---

As múltiparas entrevistadas referiram como principais diferenças no parto em tempo de pandemia: não poder ter a liberdade no dia-a-dia, ser obrigatório teste à COVID-19 negativo para poder ter a presença de um acompanhante no trabalho de parto, não ter direito a visitas, solidão no acompanhamento da gravidez (consultas, ecografias...) e como principal diferença o uso da máscara quer nos profissionais quer das grávidas.

3. Principais conclusões do estudo

De seguida serão apresentados e discutidos os principais resultados desta investigação, com uma amostra que integram vinte e oito mulheres que relataram as suas vivências durante o gravidez e parto em tempo de pandemia.

Em geral, as grávidas viveram esta gravidez com medo, angústia e ansiedade não por complicações da gravidez, mas sim por medo da infeção por Sars-Cov-2 que poderia surgir. Viveram a gravidez, afastadas da sua rotina habitual, da família, mas sobretudo muito condicionadas na sua liberdade de ação e com muitos receios do risco de transmissão do vírus para evitar internamentos precoces e problemas para o bebé.

Devido à pandemia a maioria das mulheres não frequentaram aulas de preparação para a parentalidade, pois estas foram canceladas e só mais tarde retomadas via online. As mulheres que tiveram oportunidade de assistir às aulas foram aquelas que foram seguidas em hospitais privados. As aulas de preparação para a parentalidade são importantes porque têm como vantagem desmistificar o desconhecido, aumentar a segurança e tranquilidade no momento do nascimento.

Em relação às condições físicas do hospital onde pariram, a maior parte das mulheres estavam satisfeitas e manifestaram a opinião de que dada a situação atual as instituições estavam adaptadas às circunstâncias da pandemia.

Relativamente à presença do acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, a maioria, apesar de algumas limitações teve essa possibilidade, apenas a uma minoria não foi permitido, mas todas realçaram a importância de ter um acompanhante na hora do trabalho de parto.

Quando questionadas sobre o que mais as preocupava em relação ao momento do parto, uma grande parte delas referiu o medo de contrair o vírus perto da altura de parir. Inicialmente sabia-se que grávida infetada com COVID-19 ficava separada do bebé, sem poder amamentar, e ficava sozinha no momento do parto. Posteriormente sabe-se que cumprindo a etiqueta respiratória é possível promover o contacto pele a pele e a amamentação, trazendo o máximo de benefício ao bebé.

Algumas das grávidas ficaram um pouco desapontadas com o acompanhamento proporcionado durante a gravidez pelos hospitais do setor público. Algumas tiveram a necessidade de recorrer ao setor privado para um acompanhamento de maior proximidade.

Inicialmente as consultas passaram a ser intercalares entre presencial e teleconsulta minimizando as idas aos serviços. Mas, felizmente ainda houve grávidas satisfeitas com o acompanhamento proporcionado ao longo da gravidez. As grávidas não ficaram muito satisfeitas pelo facto de estarem sozinhas durante toda a gravidez nas consultas, ecografias um momento gratificante que era pensado para os dois foi impedido pela pandemia.

As múltiparas entrevistadas referiram como principais diferenças da gravidez anterior apenas o que foi imposto pela pandemia (o uso de máscara, o teste negativo para ter acompanhante no trabalho de parto, a restrição de visitas e o acompanhamento sozinho durante toda a gravidez). As normas impostas pela DGS serviram para minimizar futuras cadeias de transmissão durante o internamento.

Os dados recolhidos permitem dar resposta aos objetivos delineados para este projeto, mas atendendo ao número bastante reduzido da amostra recolhida, não podem ser generalizados.

Segundo Gameiro (2016, p.52), “...tendo em conta o tipo de estudo realizado e do tamanho da amostra, não são possíveis generalizações. Contudo, a realização de mais estudos em diferentes contextos, contribuirá para o aprofundamento do tema e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às grávidas, numa área de intervenção autónoma dos Enfermeiros que é a vigilância da grávida considerada normal.”

CONCLUSÃO

Concluído este estudo, chega à altura de refletir sobre as conclusões, bem como as principais dificuldades sentidas na realização do mesmo.

O presente estudo teve como principal objetivo conhecer o modo como as mães vivenciaram a gravidez e parto em tempo de pandemia.

Os sentimentos vivenciados pelas grávidas fizeram parte deste estudo e como principais temas: o medo, angústia, ansiedade e felicidade. O medo é apresentado pelo facto de se atravessar uma pandemia e ainda não se saber muito do que viria a acontecer. Os principais receios das grávidas foram o facto de poder contrair a doença perto da hora de parir, ficando assim então separadas do bebé e sozinhas no momento de parir.

O papel dos profissionais que acompanham as mulheres durante a gravidez, trabalho de parto e parto foi considerado satisfatório sendo apontadas falhas específicas durante o acompanhamento na gravidez (consultas, ecografias...). Sendo a maioria das mulheres primíparas não existem diferenças relevantes em relação a gravidezes anteriores a não ser as relacionadas com o acompanhamento.

A opção metodológica por uma investigação qualitativa com uma abordagem descritiva utilizada ao longo deste estudo permitiu descrever as experiências vivenciadas pelas mulheres durante a pandemia.

Desta forma, pensa-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados com sucesso, sendo obtidas as respostas para as questões de investigação apesar de surgir ambiguidade em algumas respostas.

No que se refere às limitações do estudo pudemos afirmar que foram muitas as dificuldades sentidas em relação à falta de disponibilidade das grávidas para participarem nas entrevistas, aliada à falta de experiência da aluna em trabalhos de investigação, e ao tempo de pandemia que condicionou as atividades letivas e todo o quotidiano.

A aluna considera muito gratificante a realização deste projeto, pois permitiu aumentar os seus conhecimentos sobre investigação numa área para a qual se sente particularmente atraída a Enfermagem de Saúde Materna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L., Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga, Psiquilibrios.

Araújo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. R., & Silva, L. C. F. P. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 552-558.

Balaskas, J. (2017). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Pedro do Estoril: Estações Editora.

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Castro, T. (2020) *Nível de medo e ansiedade de mulheres e gestantes à Covid-19 é moderado*. [Em linha]. Disponível em < <https://www.ufpb.br/ufpb/contents/noticias/nivel-de-medo-e-ansiedade-de-mulheres-e-gestantes-a-covid-19-e-moderado-diz-estudo-preliminar-da-ufpb> > [Consultado em 31/05/2021]

Cunningham F.G., et al. (2010). *Williams Obstetrics*, 23.^a Edição. McGraw-Hill, New York, 2010

Couto, G. (2006) *Conceptualização pelos Enfermeiros de Preparação para o Parto*. [Em linha]. Disponível em < <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64590> > [Consultado em 20/04/2020]

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, (2020) *Plano de parto*[Em linha]. Disponível em < <http://www.chedv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/26/2020/05/planoparto.pdf> > [Consultado em 26/04/2021]

Darvill, R., Skirton, H., & Farrand, P. (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.

Direção Geral de Saúde (PT) (2020). COVID-19: Fase de Mitigação – Gravidez e parto. Orientação nº018/2020 (atualização de 9 de outubro de 2020). [Em linha] . Disponível em <<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182020-de-30032020-pdf.aspx> > [Consultado em 03/03/2021]

Domingues, Rosa M. S. M.; Santos, Elisabeth M. S.; Leal, Maria C. (2004) – Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate – Cadernos de Saúde Pública, 20, Suplemento 1: S52-S62.

Fatia A. & Tinoco L. (2016) . Fisiologia do trabalho de Parto . In: Néné, M., Batista, M. A. e Marques, R. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* . Lisboa, Lidel, pp. 321-323.

Ferrari, A. G., Piccinini, C. A., & Lopes, R. S. (2007). O bebê imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 305- 313.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M.; Grenier, R.; Nadeau, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusociência

Gameiro, J. (2016). *Expectativas da grávida em relação ao parto*. Porto

Gaskell, G. (2011). Entrevistas individuais e de grupos. In: Bauer, M.; GASKELL, G. (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagen, e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2014. P.64-89.

Guerra A. (2016). Dor em Obstetrícia. In: Néné, M., Batista, M. A. e Marques, R. (Coords.). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa, Lidel, pp. 408-412.

GIL, A.C(2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6.ed. São Paulo: Atlas,2008.

Holanda, S. M., Castro, R. C. M. B., Aquin, P.S., Pinheiro, A.K.B., Lopes, L.G., & Martins, E. S. (2018). **Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto**. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 27 (2), 1-10. Recuperado de [http:// www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e3800016.pdf).

Negrão, M. (2020) OMS diz que grávidas podem ter acompanhante no parto. A maioria dos hospitais em Portugal neste momento não permite. *Revista minha*. [Em linha].

Disponível em < <http://revistaminha.pt/2020/03/25/oms-explica-que-gravidas-podem-ter-acompanhante-na-hora-do-parto/>> [Consultado em 8/08/2020]

Néné, M., Sequeira, C. (2016) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (1ªed.). Lisboa. Lidel

Pereira, N. (2018) Gerir a dor no trabalho de parto: saiba como preparar-se. *A nossa gravidez – Guia para pais grávidos*, nº 25, 82-83

Piccinini, C. A., Gomes, A. G., De Nardi, T., & Lopes, R. S (2008). *Gestação e a constituição da maternidade*. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 63-72.

Polit, D. F.; Beck, C.T.; Hungler, B. P. (2004) – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed

Rapoport, A., & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e experiência da maternidade. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 16(1), 85-96.

Rodrigues, A.V., & Siqueira, A. A. F. (2008). Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2), 179-186.

Sistema Nacional de Saúde (2018) *Parto. Novas recomendações da OMS* . [Em linha].Disponível em < <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms/>> [Consultado em 15/03/2021]

Souto, P. (2020) *O medo do parto em tempo de pandemia do novo coronavírus*. [Em linha]. Disponível em < <https://www.scielo.br/j/reben/a/n335kgkbtL7mhFQfnfYHy9K/abstract/?lang=pt> > [Consultado a 10/01/2021]

Tereso, A. (2005) – *Coagir ou emancipar: sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes - 1ª Edição*, Formasau- Formação e Saúde Lda.; ISBN: 972-8485-44-1.

Vilelas, José (2009), *O Processo de Construção do Conhecimento*, Lisboa, Edições Sílabo.

World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

Vaz-Freixo, M. J. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.

Alves, M. (2021) . *O sol quando nasce* . [Em linha]. Disponível em <
<https://sicnoticias.pt/programas/reportagensic/2021-03-23-O-Sol-quando-nasce-2265c15a>> [Consultado em 25/03/2021]

ANEXOS

Anexo I – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exma. Senhora
Prof. Doutora Cláudia Festas
Diretora da ESS/FP

Nº	Data
ESS/CEN-98/20	23 de Novembro de 2020

Exma. Senhora Prof. Doutora,

A Comissão de Ética, depois de apreciado o projeto de Licenciatura em Entemegem, de Joana Mafalda da Rocha Rodrigues, intitulado "Parir em tempo de pandemia", considera nada haver a opor ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Taldy

*Projeto útil e
aprovável*

*Cláudia Festas
25/11/2020*



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

Av. da Universidade, 2920-155 Porto, Portugal

Tel: +351 22 509 6117

Fax: +351 22 509 6118

E-mail: geral@ufp.pt

Website: www.ufp.pt

ISSN 2204-8111

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Registo nº 12087/2010

Anexo I I: ENTREVISTA

Guião de Entrevista

Universidade Fernando Pessoa/Escola Superior de Saúde

Porto, 2020

O meu nome é Joana Mafalda da Rocha Rodrigues e sou aluna do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Agradeço a sua colaboração nesta entrevista que se destina a um trabalho de investigação intitulado “Parir em tempo de pandemia”. As suas respostas, são um contributo extremamente útil para o desenvolvimento do trabalho. A sua participação é voluntária e o anonimato garantido.

Em média a duração da entrevista é de cerca de 30 minutos.

Grata pela sua disponibilidade, apresento os melhores cumprimentos:

I- Caracterização da amostra

1. **Idade:** _____ anos

2. **Profissão:** _____

3. **Nº de gravidezes** _____

4. **Durante a gravidez foi seguida em:**

Público

Privado

Ambos

5. Assistiu a aulas de preparação para o parto?

Sim Não

6. O parto deu-se em:

Público Privado

7. Pode concretizar em que momento (data) esteve grávida?

8. Pode falar-nos do modo como viveu esta gravidez?

9. As condições físicas da maternidade no que se refere à qualidade das instalações, foram de encontro com as suas expectativas, considerando o momento que se vive?

10. Foi permitida a presença de familiares para a acompanhar durante o trabalho de parto e parto?

11. O que mais a preocupou em relação ao momento do parto em tempo de pandemia?

12. Em sua opinião o acompanhamento proporcionado durante a gravidez e o parto atendendo às novas normas impostas pela DGS, foi aquilo que esperava e desejava?

13. Se não é uma grávida de primeira viagem o que foi diferente durante a gravidez e o parto com a pandemia quando comparado com as gravidezes e partos anteriores?