



Ispá

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

Experiências Perinatais em Portugal em Tempo de Pandemia
COVID-19

RITA LEITE PRUDENTE

Orientador de Dissertação

PROF. DOUTOR ANTÓNIO JOSÉ CÉSAR DE ALMEIDA GONZALEZ

Co-orientador de Dissertação

PROF. DOUTOR MÁRIO JD SANTOS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor António José Cesar de Almeida Gonzalez, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Coorientação do Prof. Doutor Mário Santos, investigador júnior, Centro de Investigação Integrada em Saúde (CHRC), Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

“É impossível não amares alguém quando ouves a sua estória.”

Autor desconhecido

Agradecimentos

Agradeço àqueles que são muitas vezes o meu chão ... e que me nutrem as asas para que possa voar!

No meu coração mora uma biblioteca gigante de histórias de desafios, transformação, resiliência e amor, e por isso agradeço profundamente a todos os que me confiam um pouco da sua história.

Agradeço a todas as participantes que tornaram este trabalho tão valioso.

E agradeço ao António e ao Mário, por me terem apoiado nesta viagem!

Aos meus filhos... agradeço do fundo da alma por me mostrarem que o Mundo já é um lugar melhor!

Resumo

Problema: A pandemia COVID-19 tem mostrado ter tido um impacto profundo no bem-estar psicossocial da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto a nível global. Em Portugal as restrições impostas no atendimento aos cuidados perinatais conduziram a uma mobilização social de contestação sem precedentes, mostrando o descontentamento com as condições em que as mulheres e os seus bebés estavam a ser acompanhados pelo sistema de saúde.

Objetivo: Este estudo propõe-se a explorar a experiência subjetiva da vivência da perinatalidade durante o período de Pandemia COVID-19 em Portugal e perceber a acessibilidade e/ou recurso a cuidados de saúde mental nesta fase.

Método: Foi utilizada uma metodologia qualitativa, através de entrevistas semi-estruturadas a sete mulheres com experiência pessoal do ciclo perinatal em tempo de pandemia COVID-19. Os dados recolhidos foram alvo de análise temática com recurso a software (MaxQDA).

Resultados: Foram desenvolvidos 3 temas: fatores protetores, fatores barreira, e experiência de parto. Os fatores protetores com maior expressão, percebidos como facilitadores na experiência perinatal, foram o sentimento de vivência das dinâmicas da família nuclear de forma segura e resguardada, o apoio percebido do pai, o contacto com o bebé e a qualidade da relação com os prestadores de cuidados. Os principais fatores barreira, percebidos como negativos na vivência perinatal, foram as mudanças nos protocolos de prestação de cuidados perinatais, a incerteza quanto às consequências da infeção por COVID-19, os desafios da reorganização da família nuclear, quadros de desconforto ou patologia fisiológica, o afastamento social e a qualidade da interação com prestadores de cuidados. As restrições protocolares no atendimento ao parto e a incerteza quanto às consequências do coronavírus levaram a vários movimentos de ponderação e alteração no plano de parto e a escolha de intervenções durante o parto. A nenhuma das mulheres foram sugeridos ou disponibilizados cuidados de saúde mental no circuito de prestação de cuidados perinatais, revelando a fraca participação dos e/ou acessibilidade aos cuidados especializados de saúde mental nos circuitos previstos para a prestação de cuidados nesta fase de vida.

Conclusão: Este estudo fornece uma maior clareza acerca dos fatores que são valorizados por mulheres portuguesas como facilitadores de uma vivência perinatal positiva. Sugere-se a inclusão dos conhecimentos da área da saúde mental na construção de políticas de saúde e de protocolos de prestação de cuidados perinatais, bem como a inclusão de técnicos de saúde mental, nomeadamente psicólogos, de forma acessível nos circuitos previstos para o atendimento à mulher e às famílias durante o ciclo gravídico-puerperal em Portugal.

Palavras-chave: pandemia COVID-19; período perinatal; análise temática.

Abstract

Problem: The COVID-19 pandemic has been shown to have a profound impact on women's psychosocial well-being during pregnancy, childbirth and the postpartum period globally. In Portugal, the restrictions imposed on perinatal care led to an unprecedented social mobilization of protest, showing dissatisfaction with the conditions in which women and their babies were being monitored by the health system.

Objective: This study aims to explore the subjective experience of experiencing perinatality during the period of the COVID-19 Pandemic in Portugal and to understand the accessibility and/or use of mental health care at this stage.

Method: A qualitative methodology, of thematic analysis, was used in approaching personal experience reports of the perinatal cycle during the COVID-19 pandemic. The analyzed data were collected through semi-structured interviews with seven women, with subsequent transcription.

Results: Three central themes were identified: protective factors, barrier factors, and childbirth experience. The factors perceived as facilitators in the perinatal experience with greater expression were the feeling of experiencing the dynamics of the nuclear family in a safe and protected way, the perceived support of the father, the contact with the baby and the quality of the relationship with the care providers. The main factors perceived as hindering the perinatal experience were changes in perinatal care protocols, uncertainty regarding the consequences of the COVID-19 infection, the challenges of reorganizing the nuclear family, conditions of discomfort or physiological pathology, social distancing and the quality of interaction with care providers. Protocol restrictions on childbirth care and uncertainty regarding the consequences of the coronavirus led to several movements of weighting and changing the birth plan and the choice of interventions during childbirth. None of the women were suggested or offered mental health care in the perinatal care circuit, revealing poor participation and/or accessibility to specialized mental health care in the Portuguese circuits provided for the provision of care at this stage of life.

Conclusion This study provides initial insights into the factors that are valued by Portuguese women as facilitators of the perinatal experience. It is suggested the inclusion of knowledge in the area of mental health in the construction of health policies and protocols for the provision of perinatal care, as well as the inclusion of mental health technicians, namely psychologists, in an accessible way in the circuits provided for the care of women and families during pregnancy and childbirth in Portugal.

Keywords: COVID-19 pandemic; perinatal period; thematic analysis.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	5
Psicologia Perinatal - O CORPO	6
Psicologia Perinatal - O ESPAÇO	15
Perinatalidade em tempos extraordinários de pandemia – O TEMPO	20
Saúde Mental Perinatal atravessada pelo COVID-19	24
Fatores barreira a uma experiência perinatal positiva	26
Fatores protetores de uma experiência perinatal positiva	26
Método	28
Resultados	33
Tema 1. Fatores protetores da experiência perinatal	35
Tema 2. Fatores barreira à experiência perinatal positiva	40
Tema 3. Parto	46
Discussão	51
Limitações da investigação e Estudos Futuros	60
Conclusão	61
Referências	63
ANEXO A: Guião da Entrevista.....	73
ANEXO B: Consentimento Informado	74
ANEXO C: Tabela dos dados agrupados por tema.....	76

Lista de tabelas

Tabela 1- Descrição dos participantes

Lista de Figuras

Figura 1- Bioecossistema adaptado à perinatalidade

Figura 2- Mapa temático final

Introdução

“Mudando o Mundo, um nascimento de cada vez.”

Lembro-me de, desde sempre, ser uma pessoa muito curiosa pela Humanidade e uma apaixonada pelos processos de transformação a que, ao longo da vida, o desenvolvimento convida. O caminho de enamoramento pela condição humana levou-me a estudar, de forma informal e formal, a ciência que se propôs abraçar a alma.

Nas curvas do meu caminho, nada linear, estudei durante muitos anos *Movement Analysis, Método Cary Rick*, uma psicoterapia enraizada teoricamente na psicanálise e na psicologia do desenvolvimento, que utiliza a psicomotricidade como uma das suas principais ferramentas. E aqui, do corpo e da psique, adquiri consistência e estrutura reflexiva permanentes no meu olhar e na forma de pensar.

Neste mesmo trilho, em 2009, cumpri a primeira formação na área do nascimento – uma formação de Doula – na qual me inscrevi de forma impulsiva. Este marco assinalou a minha porta de entrada no mundo da Perinatalidade enquanto mulher adulta. Um *threshold*, qual admirável Mundo Novo que, ao longo dos anos, se foi desdobrando e desnudando em tantas e diversas perspetivas, tantas e diversas paisagens e histórias pessoais.

Acreditei que iria confirmar um vasto conjunto de impressões e intuições, e que iria comprovar que a forma como vivemos no útero e como nascemos e somos acolhidos tem um impacto colossal e maioritariamente inconsciente na pessoa que somos no presente, qualquer que ele seja. Em boa verdade, encontrei evidências científicas que o indicam, mas deslindei muito, muito mais. Descobri uns novos óculos de olhar a realidade, uma renovada forma de testemunhar o processo de parentalidade e perinatalidade (na altura nem sabia o que esta palavra queria dizer).

A representação que tenho é a de que, ao longo do meu percurso, recolhi novelos de lã; a matéria prima que, nos anos seguintes, permitiu que fosse tecendo uma teia de conhecimento na área que batizo de Acolhimento a Nascimento.

Hoje sei que, provavelmente, a convicção que me moveu estava enraizada na informação pré-verbal e nas memórias que, de alguma forma, guardei de como vivenciei a minha entrada nesta vida, desde o útero da minha mãe (quem sabe, um pouco antes até, do útero da minha avó materna), ao meu nascimento e primeira infância, fosse pela vivência em corpos próprios, fosse pelo impacto que esta vida, e as suas circunstâncias, imprimiu nas relações e dinâmicas daqueles que dela foram protagonistas. E a visão do *um* facilmente passou a ser a visão do *dois*, na qual a paisagem revelou as transformações, as mortes e renascimentos vividos pela pessoa que engravida, que parte e que atravessa o puerpério.

E quantos percursos, curvas e contracurvas, quantas cores diversas pode ter esta viagem. A perinatalidade é uma jornada que não se expressa num percurso, senão em percursos plurais, em maternidades e paternidades diversas.

E passada mais de uma década, depois de atravessar esta porta, facilmente o *zero*, *um* e o *dois* já não se encontram sozinhos na multiplicidade de vidas que são impactadas na e pelas qualidades com que a perinatalidade é vivenciada, percebida, construída e, muitas vezes, reparada. Acompanhar mulheres e famílias nas suas vivências perinatais enquanto doula colocou-me em contacto profundo e íntimo com um baú de histórias e experiências subjetivas, individuais e particulares em constante crescimento e, simultaneamente, num diálogo profundo com a forma como a sociedade se mobiliza e imobiliza para reconhecer, acolher e apoiar estes processos e quem os experiencia.

O período perinatal expõe, às claras, de forma bastante evidente, o modo como a Sociedade e a Cultura definem e olham para o Ser Humano, através de crenças, protocolos de atuação, leis ou rituais, carregados e mobilizadores de conteúdos conscientes e inconscientes, individuais e coletivos. Ademais, revela a forma como valorizamos e cultivamos o pressuposto de que nascemos totalmente equipados pela natureza para nos

vincularmos uns com os outros e com os diferentes meios que nos rodeiam, e dos quais inevitavelmente fazemos parte.

Olhar a perinatalidade obriga a um retorno à evidência de que somos seres sociais; aliás, todo o fenómeno de nascimento, na sua psicofisiologia natural, está desenhado numa dialética de relação, de vinculação. Não me refiro exclusivamente à vinculação da díade mãe-bebé, mas também à vinculação que nos garante humanidade. Somos animais mamíferos humanos que nos relacionamos e regulamos uns com os outros e com o nosso entorno.

Da varanda de onde tenho observado e perspetivado a perinatalidade e os processos que carrega em carnes e almas próprias, sem deles *retirar os seus cruéis sentidos*, reconheço alguns indicadores que são referências inevitáveis nas observações e reflexões que pretendo abarcar neste trabalho:

- A vivência de um *mesmo fenómeno* que é subjetivo e que envolve e dinamiza várias subjetividades;
- A importância e o valor que o impacto do entorno de cada indivíduo imprimem nas vivências individuais e únicas, na qualidade da sua perceção e integração e, muitas vezes, na promoção e apoio de movimentos de reparação de experiências negativas;
- O impacto que a vivência deste período apresenta em todos os seres humanos, dado que impacta o início de novas vidas e os inícios de novas identidades, encerrando repercussões óbvias e amplamente estudadas no desenvolvimento durante a primeira infância e ao longo de todo o desenvolvimento humano que se constrói num *continuum*.

Com base no conhecimento científico atual, é possível identificar e atuar de forma mais eficaz e precoce nos casos que se desviam da norma do que é saudável. E, para além de atuar no campo da doença, a perinatalidade é um período ótimo para atuar numa lógica de promoção de saúde mental.

A perinatalidade deve ser encarada numa dialética entre o que os sistemas disponibilizam em termos de forma (protocolos, serviços, atitudes, etc.) e a essência das individualidades (experiências pessoais).

Tendo estado presente em experiências de gravidez, perdas gestacionais (espontâneas ou voluntárias), partos em diferentes ambientes, e pós-partos, uma das evidências mais óbvias é a escassez de oferta e acessibilidade a cuidados de saúde mental proporcionados pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), ao qual a grande maioria das mulheres e famílias recorre. Para além da falta de acesso, observa-se a falta de representatividade de conhecimento científico produzido nesta área, quer pelo reduzido número de profissionais de saúde mental nos circuitos perinatais, quer pela falta de inclusão desse conhecimento nas práticas dos profissionais que atendem esta etapa do desenvolvimento e na construção de protocolos e leis.

Como mulher e como ser humano ativista dos direitos humanos na perinatalidade, escolho pertencer ao coletivo e, honrando essa pertença, sei que sou agente de transformação social. Reconheço que os contextos influenciam e determinam em grande medida o material com que se criam as subjetividades e, numa perspetiva de responsabilidade, defendo que as subjetividades devem ser escutadas e consideradas nas transformações dos sistemas, no sentido da construção de um *espaço placentário* social para aqueles que viajam na perinatalidade.

“It takes a village to raise (and also to rise!) a child”, so... it takes a village to rise a mother, a father and a family.

Enquadramento Teórico

Faço um diálogo interno na procura dos fios condutores para abordar este tema tão complexo. A poesia é sempre uma porta, ela também fala das coisas da alma. E vem-me à cabeça *O corpo, o Espaço e o Tempo... Sami Ali* (Le corps, l'espace et le temps, 2001).

Um corpo, que, na verdade, se desdobra em vários corpos, em mudanças grandes e intensas. Um corpo que se vive e define em constante relação com um espaço, que em verdade são vários espaços sociais, onde estruturas sistémicas operam com um potencial de impacto muito grande.

E por estarmos no domínio da relação e do viver, este corpo e este espaço constroem-se e transformam-se num tempo, que na perinatalidade é um tempo cronológico curto, que na sua qualidade de tempo cíclico se manifesta com toda uma expressão e com impactos atemporais nas narrativas individuais e na qualidade como o indivíduo se relaciona consigo, com o Outro, com o Mundo. Um tempo perinatal, que também ele se cruza e relaciona com o tempo maior, o tempo da história dos tempos das sociedades e culturas.

Um Eu, Um Outro e todo um Mundo que se transformam e, dependendo do *zoom in* ou *zoom out*, nos permitem olhar um mesmo fenómeno sob várias perspetivas. Diferentes, mas nunca excludentes.

Parto para este trabalho com a referência poética porque é ferramenta para escutar as coisas da alma e dos corpos... porque para mim é organizadora ao falar de nascimento e nascimentos.

Colocarei a pessoa que atravessa a sua jornada para a maternidade como a protagonista da minha visão, e o seu processo o *CORPO* desta referência. Um corpo que se constitui em vários planos: biológico, emocional, mental, psíquico e espiritual. Corpos que se encontram em processos intensos de transformação que interagem e influenciam uns aos outros.

O *ESPAÇO* serão os vários sistemas em que a pessoa se move e com os quais se relaciona ao longo desta jornada, desde a família, aos serviços de cuidados, políticas e protocolos que os orientam. Marcadores, facilitadores, limitadores e crenças

socioculturais e históricas. Fazendo um *zoom in* ao espaço que é campo de atuação da psicologia perinatal.

Sendo o TEMPO, neste trabalho, os tempos em que o processo perinatal dos sujeitos se desenrolou; o cronológico típico destas jornadas e o tempo pandémico que marcou este momento histórico em que foram vividas e o tempo subjetivo, pautado pela individualidade e por relógios e referências internas. Sabendo que estes *três*, o Corpo, o Espaço e o Tempo, descrevem nos seus movimentos infinitas possibilidades de interação, impactos e criações.

Psicologia Perinatal - O CORPO

O período perinatal refere-se habitualmente ao período que vai desde a gravidez até ao ano após o nascimento (OMS,2022). De uma forma consistente e transversal a diversos autores e investigadores, clássicos e contemporâneos, a forma como o psiquismo se movimenta, organiza e constrói ao longo do ciclo perinatal é abordada como sendo movimentada por oscilações e ambivalências; por mudanças internas que acontecem em simultâneo a diferentes níveis: mudanças fisiológicas, emocionais, psíquicas, sociais e muitas vezes existenciais e espirituais, pelo nascimento de novos papéis que exigem a aquisição e mobilização de ferramentas e aprendizagens, sendo na maioria das vezes um processo saudável.

Independentemente das referências, modelos ou linguagem dos diferentes autores, há o consenso de que o processo de cada um é único, pois é feito de subjetividades, perceções, circunstâncias e escolhas de posicionamento. É também amplamente reconhecido que o período perinatal mobiliza grandes níveis de ansiedade, medo e expectativas (Correia 2012).

Existem processos psíquicos específicos na pessoa que gesta, que pare e que se vê imersa num puerpério. É de esperar que esta fase promova dinâmicas no psiquismo, promova movimentos de transformação e construção. Há autores que se aprofundam na observação e conhecimento das etapas psíquicas perinatais, outros colocam o enfoque nas tarefas psicossociais da maternidade. Também tem sido realizada muita investigação acerca do impacto psicológico das experiências de gravidez, parto e pós-

-parto em área vitais ao bom desenvolvimento da mãe e do bebê (Correia, 2012). Outros autores têm dedicado a sua investigação ao processo de transformação da identidade materna. Destes destaco Daniel Stern e a sua obra *The birth of a Mother (1988)*.

Muitas das abordagens e investigações feitas aos processos da perinatalidade estão tripartidas, ou seja, centram-se na gravidez, no parto ou no pós-parto. Talvez das anteriormente focadas, a procura de conceptualização do processo de construção do polo identitário materno seja aquela que mais claramente reflita uma abordagem de continuidade. A negociação emocional de nova maternidade inclui várias camadas de diálogo intersubjetivo para a nova mãe: consigo mesma, com o seu filho, o seu/a parceiro/a, suas amigadas e a sua família. No processo de moldar o seu próprio senso de si mesma como mãe, a sua maternalidade, a própria infância de uma mulher é emocionalmente revisitada e reavaliada e ela é levada a uma reavaliação do relacionamento com sua própria mãe e o estilo parental que experienciou enquanto filha. Quer voluntaria ou relutantemente, o processo de se tornar mãe necessariamente invoca o espectro da própria experiência de ser filha (Leathy, 2020).

“Eu costumo dizer que o pós-parto é assim, uma espécie de buraco negro existencial, onde uma mulher se encontra...” ouvi eu numa aula sobre pós-parto, a formadora, Josie Zecchinelli (2020) dizer. Esta expressão de facto inspirou-me a refletir e, encarando o processo perinatal como um *continuum*; um processo de vulnerabilidades várias potencialmente mobilizador de recursos incríveis; um processo de potencial transformação profunda; não posso deixar de ver a perinatalidade como um *Casulo Existencial*. Um tempo-espaço em que várias transformações intensas e potentes acontecem; um espaço-tempo que se move bastante no não-visível e que inevitavelmente é espaço-tempo de transformações na forma como concebemos a nossa existência e o próprio mundo.

O que é esse período crítico *casular* que não nomeamos ou visibilizamos?

“Palavras criam mundos. Quando temos falta de palavras para articular sentimentos, o processo torna-se incrivelmente difícil. Precisamos palavras para curar.”

Aurelie Atthan (2020, cit em Olza & Ramirez, 2020)

Em 1975 o termo Matrescência é trazido pela antropóloga Dana Raphael, no seu livro *Being a Female*, a mesma antropóloga que resgatou a palavra doula, ao observar e questionar dentro da sua atividade profissional a construção social e cultural dos processos de tornar-se mãe. Ela refere-se à matrescência como o conjunto dos processos pelos quais a mulher passa no período crítico de transição para se tornar mãe. (Zecchinelli, 2020). A autora apresenta este processo como algo a questionar, algo que necessita ser conhecido e observado e sobre o qual é necessário maior aprofundamento e investigação. Relativamente poucos historiadores e investigadores beneficiaram do conceito antropológico de “matrescência” – o rito de passagem de se tornar mãe – ou examinaram a forma como essa transformação emocional e cultural é marcada pelo espírito do tempo ou *Zeitgeist*. (Leahi C.P. 2020). Recentemente, mais de 30 anos depois, Aurelie Atthan, uma psicóloga americana, traz e reivindica o termo matrescência como um campo de estudo e investigação das mudanças que uma mulher experimenta na sua identidade na jornada de torna-se mãe. Mudanças que ocorrem a nível biológico, psicológico, social e até mesmo político e/ou espiritual, pelo que, o seu estudo requer um amplo grupo de especialistas de diferentes disciplinas e movimentos de multi e interdisciplinaridade (cit. Fernandez e Olza,2020).

Embora adira a este conceito, faço-o condicionalmente, uma vez que considero necessário não aceitar passivamente o processo de *tornar-se mãe* de forma cristalizada como uma experiência exclusiva a uma identidade de género, concepção social do que é ser mulher ou acerca do que é o papel de mãe. É pertinente observar à luz da matrescência outros processos de experiências reprodutivas existentes válidos e interessantes. No entanto, os dados utilizados no enquadramento teórico inscrevem-se numa linguagem e visão que restringem a pessoa que atravessa o processo perinatal à *mulher que se torna mãe* e todos os participantes deste estudo se identificam como mulheres.

É fundamental que reconheçamos que a forma como esta fase vai ser vivida é fortemente influenciada por vários atravessadores sociais, e que o impacto que tem na pessoa que se transforma ao longo do ciclo gravídico puerperal pode imprimir mudanças que perduram no tempo, que se acomodam e integram na forma como esta se percebe e relaciona com as pessoas e sistemas que a envolvem, nomeadamente o bebé. Conhecer

o psiquismo materno, ou melhor, conhecer o psiquismo *matrescente* e a individualidade de cada ser no seu contexto e circunstâncias permite-nos um miradouro de ouro para atuar na promoção de saúde mental, na prevenção da psicopatologia e atuação rápida e assertiva no caso de crise e/ou patologia.

A vivência do ciclo gravídico puerperal expõe, de forma crua, a nossa condição de animal, mamífero humano, que experiencia e se vai construindo em inevitáveis mudanças biológicas e psicográficas numa altura de grande exposição de várias das suas camadas a diversos sistemas culturais e sociais. Entender o que ocorre a nível psíquico com a mulher neste ciclo requer acolher as várias paisagens e contextos que a envolvem e a relação que com eles estabelece (Olza & Ramirez, 2020).

Nos anos 70, o psicólogo Urie Bronfenbrenner desenvolve a teoria ecológica com base conceptual sistémica. A sua teoria compreende o desenvolvimento como um fenómeno de continuidade e de mudança das características biopsicológicas dos seres humanos. Além de reconhecer a importância dos contextos mais próximos e remotos no desenvolvimento, o autor enfatizou a passagem do tempo, os níveis estrutural e funcional da pessoa e o processo das interações entre o organismo e ambiente (Barreto, 2014).

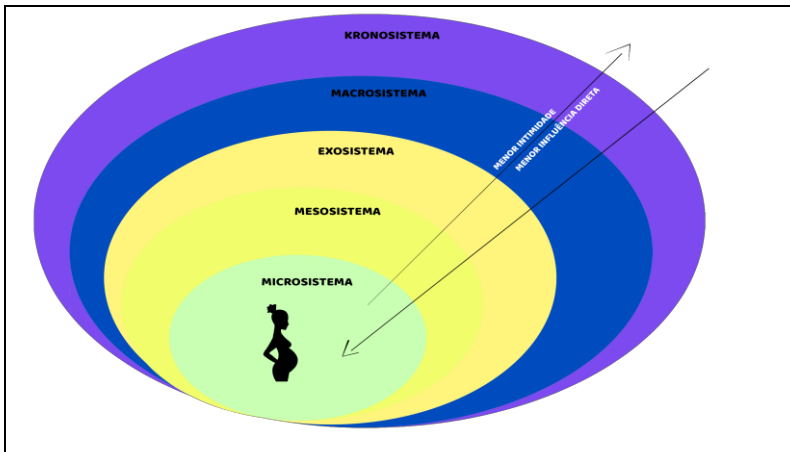
Bronfenbrenner descreve e investiga um modelo de círculos concêntricos que se englobam ao estilo de matrioskas, que se influenciam e acomodam mutuamente. Neste modelo, são considerados os quatro fatores base: a pessoa, os processos que está a vivenciar, o seu contexto e o tempo.

Olhar a pessoa é pensar em particularidades, em história e percurso pessoal; é pensar em tudo o que se mantém constante e nas mudanças deste ser em desenvolvimento e construção nas suas experiências e tarefas. Pensar em processo, é pensar em papéis e em atividades diárias e interações diversas no ambiente mais imediato de envolvimento dessa pessoa. O contexto refere-se ao ambiente um pouco mais alargado, de interações não tão imediatas, um ambiente global onde o indivíduo está envolvido e onde todos estes processos se desenvolvem. O tempo refere-se aos eventos históricos da vida do indivíduo ou aos do contexto sociocultural.

Ozla e Lorenzo (2020) adaptaram esta proposta para olhar e estudar a vivência perinatal na sua complexidade, mantendo a ênfase na experiência subjetiva de cada um,

tal como Bronfenbrenner. Este é o modelo sob o qual pretendo olhar a perinatalidade neste trabalho.

Figura1- Bioecossistema adaptado à perinatalidade



Neste modelo o bebê encontra-se dentro de um microsistema materno e um microsistema parental bem definidos. No microsistema encontra-se a pessoa num dado momento do ciclo gravídico puerperal. Encontramos a díade mãe-embrião, mãe-feto ou mãe-bebê e, em alguns casos, encontramos a mãe de luto. Encontramos também a figura que exerce a função de contorno imediato desta tríade, seja a outra figura de referência parental, ou figuras, dependendo do tipo de *design familiar* desta mulher em concreto, bem como outros filhos. No microsistema acontecem as relações diretas e profundas com quem convive direta e ativamente.

O nível mesossistémico constitui-se por todos aqueles contextos de relação que são ainda muito ativos, mas que começam a alargar-se para além da vida íntima. Falamos de sistemas como família de origem alargada deste bebê, vizinhança, comunidade com quem o convívio é direto. No mesossistema encontramos agentes que podem influenciar de forma muito direta a vivência da perinatalidade, como o circuito ou circuitos de prestação de cuidados de saúde, particularmente o cuidado obstétrico e neonatológico e a relação com os profissionais de saúde. Relações de trabalho também se situam neste

sistema. Por exemplo a falta de dinheiro, de direitos e relações negativas aumentam o stress que impacta o processo da díade.

No exossistema encontram-se as dinâmicas que, embora não se desenvolvam em interação direta com o sujeito, comprometem a atuação dos agentes com quem eles vão diretamente contactar. Falamos de fatores como a história prévia do sujeito, dinâmicas familiares, e também de protocolos de cuidado e dinâmicas internas das equipas de cuidados, de legislação, entre outros. Falamos de fatores por vezes muito pouco visíveis e, ao mesmo tempo com grande potencial de impacto na qualidade da vivência subjetiva.

Num nível de relação mais externo, no macrossistema, encontram-se as ideologias e valores da sociedade e cultura acerca de todas as outras camadas anteriores. Aqui situam-se as políticas sanitárias, políticas de igualdade de género e políticas educativas, que tanto poder de influência têm na realidade quotidiana destas pessoas e, por consequência, na realidade dos seus bebés e famílias. O macrossistema envolve, portanto, nas sociedades ocidentalizadas, toda uma cultura e uma sociedade patriarcal e machista na qual todos estes subsistemas estão inseridos, a forma como as leis e os direitos são construídos, a maneira como toda a perspetiva de humanidade trespassa todas estas camadas e núcleos. Neste sistema podemos observar ou refletir sobre o impacto que tem uma cultura em que o machismo está fortemente presente na construção dos próprios sistemas e circuitos de cuidados de saúde, de crenças sobre os papéis sociais e da construção de relações de poder, nos sistemas e realidades (saúde, jurídico, financeiro, laboral) e que chegam aos processos individuais perinatais.

Transversal a todos os outros sistemas, Olza e Lorenzo (2020) consideram a variável Tempo. O cronossistema é referente aos movimentos evolutivos temporais e históricos que influenciam o desenvolvimento. Um marcador de tempo específico é a pandemia da COVID-19, a forma como fomos, somos e seremos influenciados por este evento coletivo no nosso desenvolvimento é um ótimo exemplo da influência deste sistema.

Tal como Lorenzo e Olza, já Bronfrenbrenner colocava, a partir de uma base fenomenológica, a ênfase na experiência subjetiva do indivíduo, isto é, considerando sempre os sistemas e as relações e impactos sofridos pelo indivíduo nestas diferentes

esferas de existência enquanto ser social, Bronfrenbrenner defendia que a vivência da pessoa em desenvolvimento, ou melhor a forma como esse impacto e relações são percebidas, as emoções que nestes processos são movidas e a forma como a narrativa pessoal é construída, explicam melhor a sua conduta do que os acontecimentos e feitos objetivamente tangíveis percebidos e descritos por terceiros.

Pretendo adotar o modelo bioecossistémico adaptado à perinatalidade como um modelo orientador neste trabalho, considerando-o como uma oportunidade de situar fenómenos relevantes em cada experiência individual nos diferentes níveis sistémicos que se mostrem significativos. Este modelo possibilita situar conteúdos e significados subjetivos, ao mesmo tempo que permite perspetivar fenómenos concretos e tangíveis. Oferece também a possibilidade de refletir e pensar a realidade como uma construção relacional, dinâmica e paradoxal, em que os sistemas impactam o desenvolvimento do indivíduo e em que o impacto do indivíduo se reflete (ou poderia refletir) no desenvolvimento dos sistemas.

Tendo em conta este modelo, do ponto de vista da investigadora ou de um/a técnico de saúde perinatal, é necessário integrar a ideia de que quem analisa tem também a sua própria realidade bioecossistémica, carregando a sua bagagem, o seu psiquismo, as suas histórias e experiências, tudo o que é passível de ser vivido, mas também considerando e aceitando os ângulos mortos, o material mais inconsciente, a possibilidade de que a experiência dos outros ative reações pessoais.

Corpo, saúde e doença mental perinatal

Pensar com um foco na saúde e não na doença permite-nos não só orientar cuidados promotores de experiências positivas adequadas à maioria da população e minimizar efeitos iatrogénicos, como identificar com maior eficiência os casos patológicos e atuar precoce e adequadamente na doença, prestando um melhor cuidado, tanto à *norma*, como aos *outliers*.

Segundo a OMS (2022), uma em cada cinco mulheres experimenta quadros de doença mental no período perinatal. Segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) (2015), as mulheres grávidas ou as mães com problemas de Saúde Mental têm

frequentemente problemas de saúde física associados e envolvem-se em comportamentos de risco, como o consumo excessivo de álcool ou drogas; apresentam um aumento do risco de complicações obstétricas e de parto pré-termo; e estão menos capazes de cuidar de si próprias e das necessidades do bebê.

A saúde mental perinatal tem-se tornado um foco de interesse ao longo dos últimos anos, com investimentos em serviços de saúde mental em alguns países de rendimentos elevados (Howard e Khalifeh, 2020; Maia et al., 2011). No entanto, há pouca pesquisa sobre a totalidade de transtornos mentais perinatais, sobre como melhorar o acesso ao tratamento para mulheres com dificuldades psicossociais e sobre a eficácia de diferentes modelos de prestação de serviços (Howard e Khalifeh, 2020).

As mulheres estão cerca de 22 vezes mais propensas a intervenção psiquiátrica no mês após o parto do que no período pré-gravidez. Este aumento do risco pós-natal é encontrado entre as mulheres com ou sem doença psiquiátrica prévia (Kendell et al cit.em Howard & Khalifeh, 2020). Estudos epidemiológicos contemporâneos revelam que mais de 40% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva na gravidez e no pós-parto (Maia et al, 2011). Os dados a nível internacional indicam que cerca de 18,4% das mulheres sofrem de depressão durante a gravidez e 19,2% das mulheres apresentam quadros de depressão durante os três meses após o parto (Gaynes et al, 2005 cit em Guerra e Siva 2014). Nos países de rendimentos baixos há uma prevalência estimada de 25% no período pré-natal e de 18% no puerpério, sendo a prevalência estimada nos países de rendimentos elevados de 20% no período pré-natal e 10% no puerpério (Maia et al, 2011). Uma revisão sistemática de 37 estudos apurou que 20% das mulheres com transtorno bipolar pré-existente experimentam um grave transtorno mental pós-natal (psicose, mania e/ou internamento) (Howard & Khalifeh, 2020).

A etiologia da perturbação de stress pós-traumático (PSPT) relacionado com o nascimento é multifatorial (Ayers et al., 2016), e provavelmente envolve fatores pré, intra e pós-parto que interagem ao longo do tempo durante o período perinatal. Por mais de duas décadas, houve evidências suficientes para sugerir que a PSPT pode ocorrer na gravidez e após o nascimento. Uma meta-análise recente relatou que 3% das mulheres

grávidas (Yildiz et al., 2017) e entre 1-4% das mulheres que deram à luz recentemente experimentam PSPT (Andersen et al, 2012 ; Yildiz et al., 2017).

O risco de suicídio no período perinatal aumenta drasticamente em mulheres com doença mental moderada a grave, em comparação com mães sem historial psiquiátrico. Este risco está relacionado principalmente à depressão grave. Suicídios podem ocorrer menos comumente em mulheres com outros diagnósticos, incluindo transtorno bipolar, esquizofrenia e transtorno de personalidade. As mortes ocorrem mais frequentemente na segunda metade do primeiro ano pós-parto. (1987, Kendell et al cit em Howard e Khalifeh, 2020). Nos países de rendimentos elevados o suicídio constitui a principal causa de morte materna (OMS, 2008 cit. OPP, 2015).

O estado de humor materno, quer durante a gravidez, quer no pós-parto, é considerado um preditor importante para a depressão (McQueen et al., 2008). Mulheres com história de alteração da saúde mental antes da gravidez e parto, estão mais vulneráveis ao stress durante o desempenho do papel maternal (Seimyr et al. cit em Guerra e Silva, 2014).

Yildiz et al. (2017) apontam como fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT pós-natal fatores como a história de problemas psicológicos, experiências traumáticas anteriores, incluindo parto e abuso sexual, complicações na gravidez, medo do nascimento, depressão e alta ansiedade. Anderson et.al (2012) identificaram, num estudo de revisão de literatura como os dois fatores mais importantes para desenvolvimento de PSPT após o parto o sofrimento subjetivo no trabalho de parto e emergências obstétricas. A literatura tem, de forma consistente, evidenciado como fatores de risco à ocorrência de doença mental no puerpério a presença de história prévia de psicopatologia, história de abuso sexual, gravidez não planeada, uma gravidez ou parto com intercorrências (Wylie et al. cit. em Guerra e Silva 2014), bem como experiências de parto negativas ou violentas (Serena et al, 2009; Dikmen-Yildiz, Ayers, & Phillips, 2017).

Embora a literatura de saúde mental perinatal se foque maioritariamente no indivíduo como agente para a mudança, as determinantes sociais de saúde mental são de crítica importância (Howard e Khalifeh, 2020). A falta de suporte familiar e problemas conjugais (Maciel et al., 2019; Sawyer, Ayers, & Smith, cit. in Guerra e Silva, 2014) a

baixa condição socio económica e situação de desemprego ou instabilidade laboral (Wylie *et al.*, cit. in Guerra e Silva, 2014) são também fatores de risco para a perturbação mental e bem-estar das mulheres neste período.

Meta análises qualitativas de estudos feitos com mulheres com doença mental diagnosticada evidenciam como barreiras à identificação e intervenção em quadros patológicos o medo de estigmatização, o medo da perda de custódia parental e ansiedade perante a possibilidade dos efeitos de eventual medicação (Howard e Khalifeh, 2020).

A preparação para o parto (Alderdice, MacNeill, & Lynn, 2013), a prestação de cuidados individualizados e flexíveis baseados na identificação de sintomas depressivos e na preferência materna, durante o pós parto (Guerra e Silva, 2014), e os cursos de preparação para a parentalidade (Alderdice, MacNeill, & Lynn, 2013; Fisher, Wynter, & Rowe, 2010) têm um significativo contributo na redução do risco de sintomas depressivos imediatamente após o parto e na promoção de bem estar e saúde mental materna. Visitas domiciliárias realizadas pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, durante o primeiro mês pós-parto, englobando nos seus objetivos o reconhecimento precoce dos sintomas e a referenciação para um acompanhamento especializado na área da saúde mental (Wylie *et al.*, 2011; Christie e Bunting, 2010) são igualmente fatores protetores na prevenção e tratamento da ocorrência de sintomas depressivos no período pós-parto.

Um dos fatores protetores mais amplamente identificado prende-se com a especialização de técnicos de saúde mental perinatal e sua integração direta ou indireta nas redes de prestação de cuidados de saúde perinatal, de forma a efetivar estratégias de promoção de saúde mental, de aferição e de triagem, e o acompanhamento especializado em quadros patológicos (OMS, 2022; OPP, 2015; Maia *et al.* 2011; Howard e Khalifeh, 2020).

Psicologia Perinatal - O ESPAÇO

Recentemente, a saúde mental perinatal tem-se constituído um campo de interesse e investimento, o que se reflete no surgimento de profissionais e serviços especializados, principalmente em países de rendimentos elevados (Howard e Khalifeh, 2020). Enquanto

novo campo, não só nasce dentro de um percurso de desenvolvimento das ciências da saúde mental, como inevitavelmente surge inserido num contexto sociocultural que impacta e determina a forma como a perinatalidade é concebida e sobre ela se atua.

No séc. XIX, a crescente e galopante afirmação da ciência moderna e a rutura com o senso comum e com o primado da experiência levaram a uma reconfiguração da cirurgia e da medicina e ao aparecimento da obstetrícia como uma área especializada – a ciência médica que estuda e intervém na vertente sexual e reprodutiva do corpo da mulher (Santos, 2012). A migração dos cuidados à gravidez, parto e pós-parto para o contexto clínico e/ou hospitalar, assente numa lógica biomédica que privilegia a medicalização e a tecnocracia, fez-se sob sacrifício e desvalorização das qualidades de empatia, sensibilidade e experiência, caracterizadas pelo atendimento das parteiras e em detrimento das dimensões emocional, psíquica, social e cultural, e até espiritual, que envolvem o nascimento e os seus agentes (Oibermen, 2016 ; Santos, 2012).

Em 1913, Joseph De Lee, para muitos o pai da obstetrícia moderna, afirmou que “a gravidez é uma doença que dura nove meses” enraizando uma visão com foco na patologia dentro do paradigma obstétrico de prestação de cuidados perinatais que não só influenciou protocolos e práticas, como as perpetuou através da jurisdição do ensino de profissionais de saúde (Santos, 2016, Lorenzo & Olza, 2020). Se, por um lado, esta transição foi um dos grandes fatores responsáveis pela redução das taxas de morbilidade e mortalidade materna e neonatal, o uso excessivo de tecnologia na assistência e a cultura intervencionista dos serviços hospitalares, constitui-se atualmente numa das maiores críticas ao modelo biomédico, uma vez que se observa que intervenções ou terapêuticas clínicas desnecessárias ou mal aplicadas podem resultar em iatrogenia, em danos para a saúde (Lorenzo & Olza, 2020; Santos, 2012).

Neste sistema, a mulher passa a ser vista como um ser possuidor de um corpo que necessita de assistência e cuidados médicos para funcionar adequadamente. A sujeição do corpo feminino às normas institucionais da ciência moderna é facilitada quando o corpo é afetado por desequilíbrios comuns, tornando-se objeto de estudo dos teóricos da

saúde quando esses desequilíbrios são classificados como doença (Canguilhem, 1995, p.13, cit em Ladeira e Borges, 2022).

Uma das questões mais importantes da Medicina portuguesa prende-se, deste início do século XXI, com a humanização dos cuidados de saúde, num período em que predomina na Medicina o saber técnico, afastando-se da noção clássica de arte e da dimensão humana (Remoaldo, 2005). Especificamente ao nível dos cuidados de saúde perinatais, nas últimas duas décadas temos vindo a assistir a vários movimentos associativos, institucionais e civis que apelam a uma mudança nas práticas e protocolos. Temos assistido a um crescente questionamento das práticas clínicas vigentes como práticas cientificamente desatualizadas e que estão em dissonância com as orientações de organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), em paralelo com denúncias em massa de violações dos direitos universais das mulheres grávidas, publicados pela White Ribbon Alliance (2011) e reiterados pela OMS (2014). Alguns deles inserem-se no campo da bioética, como o respeito pela autonomia e direito ao consentimento informado, que devem ser pilares da relação clínico-utente.

Segundo Lorenzo e Olza (2020), encarar a vivência perinatal como um episódio médico, descontextualizando o processo biológico de toda a complexa e multidimensional experiência que está a ser vivida pela mulher, leva à exclusão ou ao pouco investimento e valorização dos/nos aspetos emocionais e psíquicos, o que se reflete quer ao nível da investigação e da produção de conhecimento científico na área da saúde mental, quer na inclusão desses conhecimentos nos protocolos e práticas clínicas de vigilância e acompanhamento da gravidez, perdas e interrupções da gravidez, parto e pós-parto. O enfoque na patologia dos processos perinatais reflete-se também na diminuta investigação e nos baixos níveis de conhecimento dos processos perinatais psicofisiológicos esperados e não-patológicos. Na área da saúde mental, maior atenção e investimento tem sido dada aos processos do bebé do que aos processos da mãe, e dentro da atenção dada aos processos vivenciados pela mãe, maior enfoque ao impacto que *determinada mãe* tem na saúde e no desenvolvimento do bebé (Lorenzo e Olza, 2020).

Para a OMS, os cuidados de saúde materno-infantil durante o período perinatal representam uma oportunidade única de apoiar as mulheres num ambiente respeitoso e livre de estigmas, conduzindo a um maior bem-estar e avanço da sociedade. Nesse sentido, esta organização tem construído diretrizes com a intenção de promover o desenvolvimento de políticas de saúde nacionais e subnacionais relevantes, protocolos clínicos e guias programáticos que permitam orientar a construção de políticas de saúde pública nacionais e subnacionais, implementar e gerir programas de saúde, e chegar às mulheres e famílias através de práticas assim definidas.

Em manuais como “*Recomendações para a assistência intraparto para uma experiência de parto positiva*” e “*Recomendações sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*” a OMS defende uma abordagem dos fatores de promoção do bem-estar emocional. Destaca-se a recomendação de cuidados respeitadores, com dignidade, privacidade e confidencialidade, assegurando a ausência de danos e maus-tratos e possibilitando a escolha informada, o apoio contínuo e a presença de acompanhante. São igualmente recomendadas intervenções psicossociais e/ou psicológicas durante o período pré e pós-natal, que tenham maior foco no conhecimento e nas ferramentas da saúde mental, para prevenir a depressão e a ansiedade pós-parto. São também propostas medidas de triagem para depressão e ansiedade pós-parto com um instrumento validado, e é recomendado o encaminhamento para tratamento de mulheres com triagem positiva (OMS 2018, 2022).

De acordo com a OMS, momentos que alteram a vida, como gravidez, nascimento e parentalidade, podem ser ansiogénicos e promotores de stress para as mulheres e família. Como resultado, as mulheres podem passar por um período de saúde mental debilitada ou sofrer um agravamento de condições pré-existentes, e 20% das mulheres terão doença mental durante gravidez ou pós-parto, o que potencialmente coloca em risco a saúde e o bem-estar geral das mulheres e afeta o desenvolvimento dos bebés (ONU News¹, 2022).

¹ <https://www.ungeneva.org/es/news-media/news/2022/09/new-un-guide-helps-support-perinatal-mental-healthcare-stigma-free>

Em Portugal, a desvalorização e a falta de investimento nos processos psicofisiológicos maternos estão refletidas na pouca representatividade e reduzida participação das questões de promoção de saúde mental nas práticas e protocolos de atendimento para uma atenção integral à mulher e à família, e no deficiente acesso efetivo a técnicos de saúde mental nos circuitos previstos pelo SNS para a prestação de cuidados, mesmo havendo diretrizes e políticas pensadas nesse sentido. No documento *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância*, um manual de orientação para profissionais de saúde elaborado pela DGS em 2005, é reconhecido que a promoção da saúde mental implica que sejam desenvolvidos cuidados abrangentes, físicos, psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal. É também salientada a importância da aquisição e atualização de conhecimentos dos aspetos da saúde mental da gravidez e primeira infância, de forma a promover o desenvolvimento de fatores protetores e a identificar situações problemáticas. Desde há mais de uma década, nestas orientações, é reconhecida a vantagem de priorizar as necessidades de saúde mental das famílias para promover um começo de vida o mais saudável possível às crianças.

Em maio de 2015, a Ordem dos Psicólogos Portugueses, a pedido da DGS, elabora um documento no qual expressa a sua apreciação e análise do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), no qual apela ao reforço e valorização do papel e contributos da Psicologia e dos Psicólogos nesta área da saúde (OPP, 2015).

Neste documento, a OPP faz recomendações/orientações específicas quanto o papel do psicólogo e da psicologia na área da perinatalidade, das quais destaco:

- o envolvimento de psicólogos em cuidados colaborativos e integrados de Saúde Perinatal;
- a inclusão da saúde psicológica nos temas a abordar nas consultas;
- tornar os serviços de saúde Psicológica Perinatal acessíveis, para que os psicólogos se dediquem à prevenção, ao diagnóstico e intervenção de doença psicológica;
- a inclusão de psicólogos na preparação para o parto e para a parentalidade;

- a participação de psicólogos de forma mais indireta, dando formação a técnicos de saúde, colaborando com órgãos decisores regionais e nacionais e desenvolvendo investigações nesta área;
- que o acompanhamento e monitorização do risco psicológico e da saúde psicológica durante a gravidez e no período de puerpério, para além de programas de promoção, inclua, sempre que necessário, psicoterapia e acompanhamento psicológico;
- a priorização de mulheres com problemas de saúde mental nos serviços de saúde psicológica;
- a construção de indicadores relativos à saúde psicológica.

Para que estes princípios possam ser olhados de forma honesta e clara, é necessária a coragem para reconhecer que a pessoa na vivência perinatal obrigatoriamente se encontra em processos fisiológicos, emocionais e psíquicos que a colocam numa situação de vulnerabilidade face aos sistemas nos quais se move e aos seus agentes. Nas últimas décadas, em vários países têm surgido movimentos civis e institucionais que exigem uma mudança nas propostas de cuidados e elaboração de protocolos de atendimento baseada em evidências científicas e uma prática assente numa relação clínico/utente que respeite e considere princípios éticos nomeadamente o respeito pela autonomia e práticas e intervenções baseadas no consentimento informado, e que se centre na individualidade de cada mulher e família. Em Portugal, podemos destacar como coletivos que marcaram ou marcam a diferença neste campo de ativismo, a Associação Portuguesa pela Humanização do Parto (Humpar) como pioneira, a Associação Portuguesa do Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) e, mais recentemente, o Observatório de Violência Obstétrica (OVO).

Perinatalidade em tempos extraordinários de pandemia – O TEMPO

Perinatalidade e COVID-19 - O contexto

No dia 11 de março de 2020 é declarada a situação pandémica associada à COVID-19, tendo sido adotadas por todo o Mundo medidas consideradas necessárias para conter a expansão da doença. Em consonância com as medidas adotadas por todo o país para evitar o aumento de infeções, várias medidas foram implementadas ao nível da prestação de cuidados maternos e neonatais:

- Em termos de organização do sistema, os recursos físicos e técnicos foram grandemente mobilizados e alocados para resposta à pandemia e reorganizados (tanto os serviços públicos como os privados) em serviços COVID-19 e serviços livres de COVID-19.
- A DGS recomendou o recurso a teleconsultas sempre que possível. Houve inúmeros relatos de cancelamento de consultas até então considerados fundamentais.
- Restrição generalizada de acompanhante durante o trabalho de parto e no puerpério.
- Separação entre a mãe e bebé com privação de contacto pele a pele e restrição da possibilidade de aleitamento materno para mulheres que tivessem testado positivo ou em ausência de resultados de teste, enquanto hospitalizadas.

Estas orientações deixaram sempre espaço para que cada instituição e/ou equipa clínica pudesse implementar as suas próprias regras e protocolos, independentemente de a utente estar infetada ou não. Esta transformação nos sistemas de atendimento impactou de forma direta a experiência perinatal de muitas mulheres e famílias, que se sentiram violadas nos seus direitos.

Houve uma grande movimentação de insurgência contra a violação de direitos fundamentais da mulher na gravidez e parto, nas redes sociais e em organizações ativistas. A restrição de acompanhante foi a mais amplamente mencionada e difundida (Barata et al, 2020). Em reconhecimento de que, mesmo em contexto COVID-19 a vivência do parto e do nascimento de um filho é uma experiência única, a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materno Infantil (MCEESMO), pronunciou-se de forma desfavorável ao impedimento de acompanhante a parturiente COVID-19 negativas, que,

segundo dados que apresentou, à data da pronúncia eram estatisticamente 999/1000. (MCEESMO, 2020)

Segundo Barata et al (2020), estima-se que terá havido um aumento da prática de induções do trabalho de parto sem razões clínicas, e muitas mulheres reportaram coerção no momento do consentimento de uma indução. Em alguns hospitais, cirurgias cesarianas foram impostas a mulheres que testaram positivo, no sentido de proteger o pessoal clínico, o que levou ao aumento de cesarianas realizadas antes do início espontâneo do trabalho de parto.

A OMS (2020) manifestou claramente que todas as mulheres têm direito a uma experiência de parto positiva e a manterem os seus direitos, mesmo estando positivas à COVID-19; têm direito a um acompanhante que elejam (mesmo durante o parto), a optar por métodos de alívio da dor, a não lhes ser negado o contacto pele-a-pele, entre outros. O consentimento informado continuou a estar vigente, mesmo em tempos extraordinários, assim como o direito ao acesso a cuidados de saúde mental, a receber apoio na amamentação e a estar junto do seu bebé (Matos, 2020).

A mobilização ativa da sociedade civil, na advocacia pelos direitos na gravidez e parto no período de pandemia aconteceu com uma força e alcance que até então não tinha sido testemunhada no nosso país. Assistimos à disseminação através das redes sociais das orientações de organizações internacionais, fundamentadas em evidências científicas que contradiziam as medidas altamente restritivas adotadas pelas autoridades nacionais.

Em termos associativos, a APDMGP contactou diretamente com entidades reguladoras, hospitais e meios de comunicação social, contestou as medidas tomadas e denunciou tratamento desrespeitoso, exigindo a atualização das medidas à luz das evidências científicas. “A Coletiva”, coletivo ativista transfeminista, foi responsável pela elaboração do documento *Nascer em Portugal Durante a Pandemia – uma perspetiva Jurídica*, em maio de 2020, com uma análise explicativa de como as medidas restritivas constituíam uma violação de direitos pessoais consagrados na Constituição Portuguesa.

Foi em contexto de restrição pandémica e violação dos direitos da mulher na gravidez e parto que nasceu o Observatório de Violência Obstétrica (OVO) em Portugal.

Segundo Carla Santos², uma das fundadoras do OVO, o impacto das restrições implementadas durante a pandemia criou a oportunidade para que a violação de direitos fundamentais que já acontecia há anos fosse massivamente visibilizada e denunciada. O OVO nasceu em sequência de um movimento civil de fortíssima indignação em relação a um comunicado da Ordem dos Médicos Portugueses (OMP), no qual era negada categoricamente a existência de violação de direitos e a violência obstétrica no atendimento ao parto em Portugal (Santos, 2022).

Através das redes sociais, uma manifestação foi organizada e realizou-se em diferentes pontos do país. Em Lisboa, a concentração aconteceu à porta da OMP, onde foram entregues trezentos relatos de maus tratos e violência obstétrica redigidos e recolhidos em cerca de quinze dias.

Carla Santos reforça que a mobilização civil foi sem dúvida um momento de união entre mulheres, mas talvez tenha tido mais força porque mobilizou também os acompanhantes, nomeadamente os pais que sentiram o impacto da violação de direitos na gravidez e parto de uma forma mais pessoal, ao serem privados de participar no nascimento dos seus filhos ou acompanhar uma pessoa querida. O que não deixa de refletir o facto de vivermos numa cultura bastante misógina, onde a voz do patriarcado tem um tom diferente. Por outro lado, poderá indicar uma mudança da perceção e construção de diferentes formas de paternidades e masculinidades.

Atualmente, em Portugal o termo violência obstétrica torna-se cada vez mais conhecido, abrindo portas para um diálogo interdisciplinar na reformulação da prestação de cuidados perinatais, no sentido de promover e assegurar boas práticas de saúde física e mental, baseadas em evidências científicas atualizadas e assentes em princípios bioéticos básicos. Em 2007, a Venezuela tornou-se o primeiro país a legislar e a criminalizar a violência obstétrica como uma forma de violência, definindo-a como "...a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se expressa como tratamento desumanizado, abuso de medicamentos e conversão de processos naturais em patológicos, trazendo consigo perda de autonomia e a capacidade

² Comunicação pessoal, Carla Santos, setembro 2022

de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres” (D'Gregorio, 2010).

Saúde Mental Perinatal atravessada pelo COVID-19

Além da possibilidade de contágio, a COVID-19 expôs a população mundial a várias potenciais experiências traumáticas, como a perda de pessoas significativas, longa suscetibilidade às notícias transmitidas pelos meios de comunicação social e dificultou o acesso a serviços de saúde mental.

A COVID-19 afetou negativamente a saúde mental da população em geral, induzindo um aumento da ansiedade, depressão e alterações do cotidiano (Cafieri e Margherite, 2021; OMS 2022). Em agosto de 2020, a OPP dirigiu uma carta à Diretora Geral de Saúde, na qual apelou para que a criação de normas ou orientações considerassem, no seu processo de tomada de decisão, a necessidade de se procurar, tanto quanto possível, um equilíbrio (e proporcionalidade) entre as medidas sanitárias, essenciais ao controlo epidemiológico, e os impactos psicológicos e emocionais dessas mesmas medidas (OPP, 2020).

Sabemos que qualquer situação extraordinária pode afetar de maneira intensa o processo perinatal (Ramirez, 2020). Embora a literatura médico-fisiológica não considere as mulheres como uma categoria de risco para COVID-19, a literatura psicológica, ao contrário, destaca o forte impacto do coronavírus na saúde mental da mulher em todo mundo, em particular a das mulheres grávidas e em pós-parto (Cafieri e Margherite, 2021).

Por considerar o momento pandémico um período de uma grande exigência adaptativa, com inevitáveis riscos para a saúde psicológica das futuras ou recentes mães e suas famílias, em maio de 2020, a OPP elaborou um conjunto de “*Recomendações para a intervenção dos Psicólogos junto das grávidas e puérperas*”. Para além de recomendações dirigidas a prestadores de cuidados, elaborou também um conjunto de “*Recomendações para grávidas, puérperas, mães, pais e casais*”, com o intuito de promover práticas e transmitir ferramentas promotoras de regulação autónoma de saúde mental (OPO, 2020).

A investigação recente, mas muito investida, tem mostrado de forma consistente que mulheres em todo o mundo que viveram o período perinatal durante a pandemia apresentaram um aumento dos níveis de ansiedade, depressão e sintomas pós-traumáticos durante a gravidez e pós-parto, em comparação com índices pré-pandémicos (Chaves et al., 2020; Cafieri e Margherite, 2021).

Um historial de doença mental prévia aumenta a suscetibilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão ou recorrência do seu processo subjacente (Chaves *et al.*, 2020; Ostacoli et al., 2020; Cafieri e Margherite, 2021; Atmuri et al., 2021). Vulnerabilidades sociais e pertença a grupos étnicos minoritários (Atmuri et al., 2021) e a maternidade adolescente (Fan, 2020) mostraram-se como potenciadores de sintomas de ansiedade e depressão.

Os resultados do estudo de Vieira et al. (2022), “*Depressão entre mulheres grávidas portuguesas durante o confinamento COVID-19: estudos transversais*” foram consistentes com os da literatura internacional, mostrando um aumento significativo de sintomas depressivos durante a perinatalidade em mulheres portuguesas, verificando-se uma maior prevalência de sintomas em mulheres com menor suporte social; maior prevalência de sintomas na presença de doença mental prévia ou atual; e aumento destes sintomas no terceiro trimestre de gravidez. Relativamente ao estudo do impacto da pandemia na saúde mental perinatal, encontramos um número bem maior de investigações quantitativas que qualitativas.

Tentar compreender a experiência subjetiva de alguém é uma tarefa complexa. Requer entender a perceção do indivíduo acerca de uma dada situação, como ele reage nessa situação e como é influenciado por fatores externos; e a interação destes três fatores uns com os outros (Atmuri et al, 2021).

Os métodos qualitativos de investigação são valiosos em complementaridade com métodos epidemiológicos quantitativos tradicionais. Entrevistas, discussões em grupo e observações exploram e abraçam diferentes pontos de vista, significados e motivações (Teti et al, 2020).

Embora seja evidente a necessidade de realizar mais investigação nestes moldes, as evidências apuradas de metodologias qualitativas acerca de experiências perinatais,

permitem agrupar fatores percebidos como fatores barreira (fatores que impactaram negativamente a experiência) e fatores protetores de uma experiência positiva, pela consistência com que surgem nos relatos de participantes em diferentes estudos (Perez et al., 2020 ; Siverio et al., 2021; Atmuri et al., 2021):

- Fatores barreira a uma experiência perinatal positiva:
 - desconhecimento dos riscos por infecção COVID-19 e a falta de acesso a informação manifestamente confiável;
 - restrição no acesso aos cuidados de saúde perinatais (verificou-se o cancelamento de consultas e exames clínicos);
 - cuidados de saúde prestados à distância;
 - suporte social dificultado, pelo isolamento, pela perda das estruturas de apoio para crianças mais velhas e, principalmente pela restrição de acompanhante durante a prestação de cuidados de saúde;
 - perda de ritualização deste período da vida em comunidade (chás de bebês, bençãos de mães entre outros);
 - mudanças obrigatórias no plano de parto por perda de opções devido a mudanças nas políticas e protocolos de atendimento;
 - isolamento social e a conseqüente diminuição de contacto físico;
 - falta de acesso a cuidados de saúde mental;
- Fatores protetores a uma experiência perinatal positiva:
 - suporte social multifatorial, família, grupo de amigos, prestadores de cuidados de saúde, grupos de mães;
 - possibilidade de teletrabalho;
 - acesso a informação atualizada acerca das conseqüências da infecção por COVID-19;
 - reconhecimento e validação de emoções e sentimentos da pessoa por parte dos prestadores de cuidado;
 - clareza e objetividade na comunicação de opções na prestação de cuidados de saúde e atendimento ao parto;
 - acesso a cuidados de saúde mental;

É de salientar que, apesar do decréscimo percebido no suporte social, a sua existência foi consistentemente apontada como um fator protetor o que vai ao encontro da importância amplamente reconhecida do suporte social como promotor de experiências perinatais positivas.

A pandemia COVID-19 trouxe uma janela de oportunidade para que as questões da saúde mental fossem olhadas com maior seriedade e evidente pertinência. Tedros Adhanom Ghebreyesus, diretor-geral da OMS (2022), apela para que os países prestem mais atenção à saúde mental e façam um trabalho melhor no apoio à saúde mental das suas populações. No final de 2021, a situação pandémica melhorou um pouco, mas hoje muitas pessoas continuam incapazes de obter os cuidados e o apoio de que precisam para condições de saúde mental pré-existentes e recém-desenvolvidas.

O mais recente Atlas de Saúde Mental da OMS mostrou que, em 2020, os governos em todo o mundo gastaram em média pouco mais de 2% de seus orçamentos de saúde em saúde mental e muitos países de baixa renda relataram ter menos de 1 profissional de saúde mental por 100.000 pessoas (OMS, 2022).

Em Portugal o tempo pandémico trouxe à luz a importância de equipar as estruturas de cuidados de saúde primária com técnicos da área da Psicologia, e segundo Francisco Miranda Rodrigues, bastonário da OPP, *“O acesso aos serviços nesta área continua muitíssimo reduzido e continua sem ter solução. Nos centros de saúde está o calcanhar de Aquiles, no que diz respeito ao número de psicólogos que é muito reduzido. (...) o país tem 24 mil psicólogos, apenas mil estão no SNS, e cerca de 250 estão nos centros de saúde”*³ (Observador, 2021).

Muito recentemente, a OMS criou o “Guia para a Integração da Saúde Mental Perinatal nos serviços de cuidados materno infantis” com o objetivo de orientar a criação, o desenvolvimento e sustentabilidade de serviços de saúde mental integrados nos serviços de cuidados de saúde a mulheres durante o período perinatal. Este guia reúne evidências disponíveis para apoiar um sistema escalonado de cuidados que atue na promoção de uma

³ <https://observador.pt/2021/04/07/COVID-19-bastonario-da-ordem-dos-psicologos-alerta-para-mais-desigualdades-na-saude-mental/>

boa saúde mental, na prevenção em casos de vulnerabilidade, no tratamento de condições de sintomatologia leve e no tratamento de quadros de sintomatologia moderada a grave.

Método

Delineamento

O presente estudo tem um caráter exploratório e utiliza uma metodologia qualitativa com recurso à Análise Temática na análise de entrevistas semiestruturadas realizadas a mulheres que vivenciaram períodos perinatais em contexto de pandemia COVID-19.

A pesquisa qualitativa permite aceder a informações ricas e aprofundadas sobre os mundos, as experiências subjetivas e as perspetivas individuais de pacientes e profissionais de saúde de formas distintas, mas potencialmente complementares, do conhecimento que poderia ser obtido através de métodos quantitativos (Braun & Clarke, 2014).

As entrevistas foram conduzidas de forma semi-diretiva (ANEXO A), com recurso a um guião flexível, e foram ainda recolhidos alguns dados de contexto e caracterização, nomeadamente dados sobre o recurso a apoio especializado na área de saúde mental nos serviços de prestação de cuidados perinatais.

Participantes

Por pretender ser uma investigação o mais exploratória e aberta possível, foram definidos apenas dois critérios de inclusão: pessoas que tenham vivido experiências perinatais em tempos de pandemia COVID-19 em Portugal e cuja investigadora não tivesse apoiado no processo enquanto doula.

As participantes são todas mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, que viveram a perinatalidade em parceria com pai dos bebés.

Tabela 1: Descrição das participantes

<p>P1: Tem 39 anos e é mãe de dois filhos. A filha mais nova nasceu em tempo de pandemia. Tem como habilitações literárias o 12º ano.</p> <p>Durante a gravidez esteve afastada do trabalho, condutora/guia turística (baixa médica).</p> <p><u>A gravidez foi vigiada no Centro de Saúde, onde fez também um curso de preparação para o parto. Em abril de 2020 pariu a 2ª filha por via vaginal num hospital público do SNS sem acompanhante. A vigilância no puerpério foi feita no SNS através de mensagens via WhatsApp. A saúde da bebé foi vigiada por uma enfermeira e pediatra (privados).</u></p> <p>Reside com o companheiro em Cascais. Um homem de 41 anos, que tem como habilitações literárias o 12º ano. É assistente de produção e durante o ciclo perinatal trabalhou a partir de casa.</p>
<p>P2: Mulher de 39 anos, mãe de 3 filhos. Viveu perdas gestacionais espontâneas antes da gravidez que viveu em pandemia; a do 2º filho. É licenciada em enfermagem e durante a gravidez deixou de trabalhar (baixa médica).</p> <p><u>A vigilância da gravidez foi efetuada de forma mista; no Centro de Saúde e por uma equipa de Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) que contratou a título privado. Pariu em abril de 2020 no domicílio, num parto vaginal natural, acompanhada pela equipa EESMO, pela doula, pelo marido e pelo filho mais velho. A vigilância do puerpério foi feita pela equipa EESMO e no Centro de Saúde.</u></p> <p>Reside com o marido em Carnaxide (Oeiras). Um homem de 34 anos, Mestre em Engenharia Civil, que durante o ciclo perinatal trabalhou como comprador numa empresa de vinhos, a partir de casa.</p>
<p>P3: Mulher de 30 anos. Mãe de 2 filhos, ambos nascidos durante a Pandemia. Licenciada em Enfermagem. Trabalha como enfermeira na área de obstetrícia. Durante grande parte de ambas as gravidezes não trabalhou (baixa médica).</p> <p><u>A vigilância de ambas as gravidezes foi realizada no Centro de Saúde e numa clínica privada. Em abril de 2020 foi submetida a uma cesariana após tentativa de indução do parto num hospital privado. Não teve acompanhante durante a cirurgia. Em julho de 2022, foi submetida a uma cesariana elitiva na decorrência do diagnóstico de restrição do crescimento fetal, no mesmo local. Foi acompanhada, mas não pelo acompanhante de preferência uma vez que este testou positivo à COVID-19. A vigilância da saúde de ambos os bebés foi realizada por uma pediatra (privado). Vigiou a saúde em ambos os puerpérios, numa clínica privada.</u></p> <p>Reside na Amadora com o marido que trabalha como gerente de um restaurante. Tem como habilitações literárias o 9º ano.</p> <p>Trabalhou presencialmente durante todo o período perinatal exceptuando durante os dois primeiros meses de vida do primeiro filho e a primeira semana de vida do segundo.</p>

<p>P4:Mulher de 39 anos, mãe de 4 filhas. A 4º filha a nasceu em tempo pandémico. É Mestre em ciências farmacêuticas. Por opção esteve sem trabalhar e dedicada à gestão familiar durante o período perinatal.</p> <p><u>A gravidez foi vigiada numa clínica privada e recorreu a título privado aos serviço de duas doulas . A bebé nasceu num parto vaginal natural domiciliar não planeado em agosto de 2020. Estava acompanhada pela doula e pelo marido. O seguimento no puerpério foi feito na clínica privada e o seguimento da bebé no Centro de Saúde (SNS).</u></p> <p>Reside com o marido em Campo de Ourique (Lisboa). Um homem de 42 anos, licenciado em Engenharia Informática. Durante o ciclo perinatal trabalhou em teletrabalho como sócio gerente de uma empresa de software informático.</p>
<p>P5: Mulher de 36 anos. Mãe de 1 filha. Passou por uma perda gestacional prévia à experiência perinatal em pandemia. Estava grávida à data da entrevista É licenciada em Nutrição e trabalha como nutricionista, estando de baixa médica durante a gravidez.</p> <p><u>A vigilância da gravidez foi realizada de forma mista: no Centro de Saúde, por um obstetra privado e por uma equipa de EESMO privada. A bebé nasceu num parto vaginal natural num hospital público do SNS em agosto de 2020, acompanhada pelo marido. O seguimento do pós-parto foi feito por uma EESMO privada e o acompanhamento da bebé no Centro de Saúde.</u></p> <p>Reside em Penafiel com o marido. Um homem de 39 anos, que tem como habilitações literárias o 11º ano de escolaridade e trabalha como vendedor ambulante de panificação. Durante todo o período perinatal trabalhou presencialmente.</p>
<p>P6:Mulher com 34 anos. Mãe de 1 filho nascido em tempo pandémico.Passou por uma perda gestacional prévia.</p> <p>É licenciada em Marketing e comunicação e trabalha numa agência de viagens. Durante a gravidez não trabalhou (baixa médica).</p> <p><u>A vigilância da sua gravidez foi realizada no Centro de Saúde (SNS) e por um obstetra (privado). Em dezembro de 2020 foi submetida a um parto cirúrgico por indicação médica após tentativa de indução do parto e resultado positivo à COVID-19 num hospital público (SNS) sem acompanhante. Viveu o puerpério imedito (cinco dias) em isolamento e sem contacto com o filho. O seguimento durante o pós-parto foi realizado no Centro de Saúde tal como o acompanhamento do bebé.</u></p> <p>Vive com o companheiro em Leiria, um homem de 37 anos, Mestre na área de Direito, que durante o ciclo perinatal trabalhou presencialmente e em horário completo.</p>
<p>P7: Mulher de 33 anos, mãe de um filho. É Mestre em Psicocriminologia e trabalha na área de recursos humanos. Durane o período perinatal trabalhou a partir de casa.</p> <p><u>Optou por uma vigilância da gravidez mista, no Centro de Saúde e numa Clínica privada. Pariu em janeiro de 2022 vaginalmente num hospital privado com acompanhante (embora não fosse o acompanhante de eleição pois este testou positivo à COVID-19). O seguimento durante o pós-parto foi feito num hospital privado. O bebé é seguido no Centro de Saúde e por um pediatra privado.</u></p> <p>Reside com o companheiro em Carnaxide (Oeiras), um homem de 33 anos, Mestre em Engenharia de Telecomunicações que trabalhou como engenheiro a partir de casa durante o período perinatal.</p>

Procedimento

Uma pequena apresentação do estudo foi encaminhada a doulas, EESMO (que trabalham em contexto hospitalar ou de forma independente) e médicas obstetras (que trabalham em contexto hospitalar ou de forma independente) e reenviada a mulheres que se enquadram nos critérios definidos.

Das pessoas que mostraram o interesse em participar, 12 mulheres foram entrevistadas. As entrevistas foram realizadas e gravadas através da plataforma zoom (cerca de 10 horas e 30 minutos).

Alguns contactos não se concretizaram em entrevistas por incompatibilidade de horários e houve mulheres que desistiram da participação por considerarem não estar preparadas para partilhar a sua história. Das 12 entrevistas realizadas 7 foram transcritas (cerca de 33 horas). No sentido de preservar o anonimato das mulheres entrevistadas e das suas famílias, optou-se pela apresentação de uma taela com os excertos utilizados (ANEXO C).

Das 5 que não foram transcritas, as duas primeiras foram consideradas como entrevistas de adaptação ao método. Ambas foram pouco investidas e exploradas/flexibilizadas por parte da investigadora. Uma outra entrevista não foi transcrita devido à má qualidade do som da gravação, comprometida pela qualidade da rede de *internet* no momento de realização. Duas outras foram realizadas já numa fase avançada de análise dos dados, por uma questão de disponibilidade, e não puderam ser devidamente transcritas e analisadas.

A maior motivação para a realização de ambas as entrevistas, ainda assim, foi o facto de ambas as participantes mostrarem motivação para partilhar as suas experiências. Num dos casos em particular, pesou o facto da participante tomar a decisão de participar por considerar que *já se sentia preparada para contar a sua história e que achava que isto lhe seria muito benéfico* depois de ter mostrado muita ambivalência, expressa em repetidos movimentos de remarcação de entrevista e comunicação de emoções de ansiedade. Apesar de estas cinco entrevistas não terem sido transcritas e, por isso, não terem sido incluídas na análise qualitativa temática a par das restantes, o seu conteúdo foi

relevante na preparação da discussão e na afinação da estratégia metodológica ao longo do estudo.

As condições e objetivos da participação neste estudo foram esclarecidas e as entrevistas consentidas (ANEXO B).

O processo de familiarização acarretou para a investigadora mobilização de emoções várias. Esta mobilização exigiu paragens e um olhar reflexivo para si, para o seu processo e circunstâncias e também no sentido de perceber limites, limitações, enviesamentos, mas também benefícios que daí pudessem advir. Segundo Delaunay et al (2020) apesar de todos os eventuais desafios e riscos que uma investigação emocionalmente exigente acarreta, também há quem sublinhe os resultados positivos de se envolver em ações emocionais conscientes enquanto parte do trabalho, para o investigador ou para a pesquisa.

Análise de Dados

O método de análise dos dados qualitativos foi o de Análise Temática, que na sua essência possibilita identificar e analisar padrões em dados qualitativos recolhidos em amostras de grandes ou pequenas dimensões, seguindo seis passos. (Braun & Clarke (2013):

1. Familiarização; o processo de familiarização com os dados aconteceu através da realização, transcrição e leitura (em diferentes ciclos) das entrevistas. Numa primeira leitura de cada entrevista foram tomadas notas de forma livre e associativa.
2. Geração dos primeiros códigos; foi feito um primeiro levantamento de códigos orientado por uma abordagem indutiva (*bottom up-data driven*), com apoio para registo do *software* MAXQDA2022.
3. Procura de Temas: este processo foi repetido, e a cada ciclo, foram sendo “esculpidos” mapas temáticos através da identificação e consolidação de temas recorrentes e eliminação de incongruências e redundâncias. Nos resultados é apresentado o mapa temático final, decorrente do agrupamento final dos códigos pelos diferentes temas (ANEXO C).

Os passos 4 e 5, definição e nomeação de temas e produção de um relatório de análise apresentam-se nos resultados e discussão.

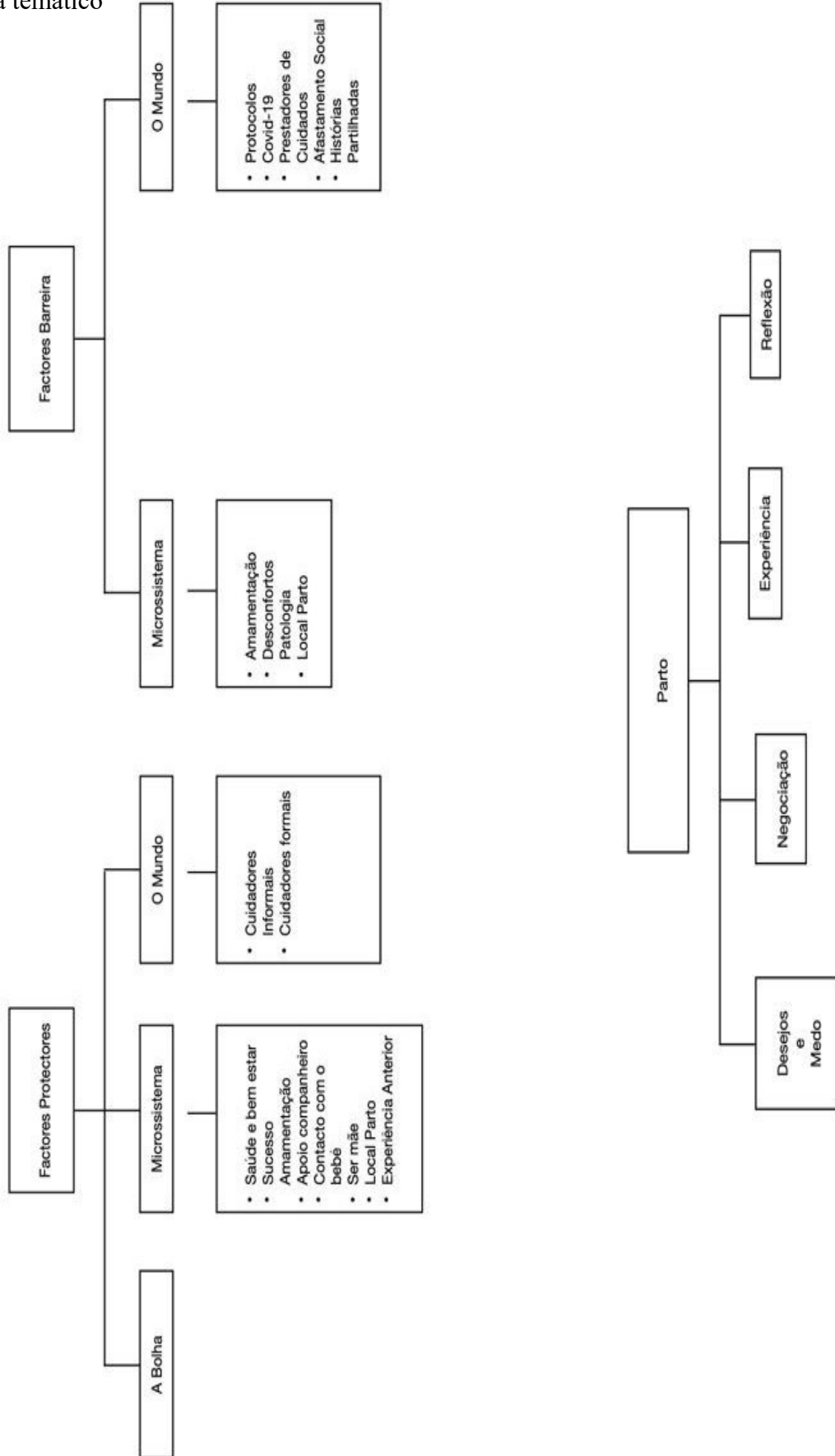
A todas as participantes foi perguntado se durante o período perinatal recorreram a apoio especializado na área de saúde mental e/ou se em algum momento este tipo de apoio lhes tinha sido facultado ou sugerido.

Resultados

Da análise de dados nasceu o mapa temático final, constituído por 3 grandes temas e 8 subtemas.

O processo de análise temática confrontou a investigadora com vários conflitos de escolha, principalmente porque vários dos dados dificilmente se expressam ou adequam apenas a uma categoria. Aceitando que o próprio tema em estudo, na sua expressão dinâmica na realidade, é um processo tecido em movimentos de inter-relação e que isso, muito provavelmente, se manifesta também ao nível de análise, a atribuição dos dados às categorias, nestas circunstâncias, embasou-se na sensibilidade e perceções da investigadora da “*narrativa maior latente*”, nascida do tecer com as diferentes histórias.

Figura 2 - Mapa temático



Tema 1. Fatores protetores da experiência perinatal

Este tema reúne os conteúdos que foram indicados como promotores de sensações, emoções, sentimentos e acontecimentos experienciados como positivos, em algum momento do ciclo gravídico- puerperal. Os dados são de diferentes ordens e por vezes aparecem explícitos na narrativa, outras, apresentam-se de forma latente. Como subtemas revelam-se “A Bolha”, “O Microssistema” e o “Mundo”.

Subtema 1.1 “A Bolha”

Foi sendo evidente desde as entrevistas a importância do subtema “A Bolha”, não só pela sua presença na maioria das entrevistas (aparece em seis das sete entrevistas) mas também por ser manifestada a transversalidade de um conceito tão *coeso* e ao mesmo tempo tão subjetivo. Sempre que apareceu, apareceu como alusão a um espaço-tempo único de presença, privacidade, intimidade e união da família nuclear, sentida de forma muito positiva e grandemente valorizada.

P2 “E aí acabou por ser maravilhoso. Estávamos sempre aqui na nossa bolha.”

P3- “Nós estivemos efetivamente os 3 numa bolha durante 3 dias, naquela nossa primeira bolha a aprender a conhecer-nos e isso acabou por ser muito bom.”

P6- “(...)foi ali um momento que dificilmente se irá repetir na minha vida. Um momento de... lá está... de, de bolha, de estarmos só os quatro aqui numa ilha só, só entre nós”

Subtema 1.2 “Microssistema” - dentro da Bolha

As participantes revelam, nas suas narrativas, fatores positivos que se prendem diretamente com a vivência de processos psicofisiológicos individuais característicos desta etapa de vida e/ou decorrem das vivências dentro das dinâmicas de relação da família nuclear, os elementos que vivenciam a bolha (a mãe, o companheiro, o bebé e em

alguns, os outros filhos e animais). Destes destacam-se: o primeiro contacto com o bebé, o apoio percebido do pai, saúde e bem-estar físico.

P2- *“E, quando eu o ponho em cima de mim, eu penso, como é que é possível ele ter saído daqui? Como? E foi assim uma sensação de êxtase, de êxtase mesmo.”*

P6- *“E... pronto... e... também ajudou imenso o facto de quando eu cheguei a casa, quando eu finalmente cheguei a casa, e dei a maminha ao meu filho, ele agarrou na maminha como se fosse a coisa mais natural do mundo, e a maminha tivesse estado sempre lá. Isso ajudou imenso, e foi fundamental para eu conseguir virar esta página e... embora me emocione quando falo disso, epah é a diferença entre eu ter entrado, podia ter entrado ali numa situação de profunda, de profunda...”*

P1- *“Então, quando ela está a nascer, eu agarrei nela... Bem, foi uma sensação... Até fico emocionada... Foi mesmo... Foi único! Foi único mesmo! Foi assim incrível, incrível, incrível, porque, por um lado foi aquele medo todo que nós estávamos a sentir, aquela pressão toda que eu senti até ao momento do parto... E, por um momento, foi... Eu consegui isto. Nós conseguimos fazer isto!”*

P2- *“ (...) o meu marido também acabou por ser um grande ponto de apoio, não é? Porque pronto como é? Estar aqui em casa, o apoiar ou estar aqui.”*

P5- *“O pai foi um pai incrível, que ficou com ele de segunda a quinta sozinho. Mas que adorou a experiência. Ele ainda hoje é muito orgulhoso de dizer que ficou com o filho sozinho.”*

P4- *“E eu acho que isto foi muito importante, ahh... porque me tirou daquele loop, custou... ter o meu marido outra vez ao lado para achar que as noites corriam bem e de manhã estava lá e acabei a minha formação.”*

P1- *“Uma hora e qualquer coisa levantei-me. Estava mesmo bem, sentia-me super bem.”*

P4- *“Ah, não sei, fisicamente sentia-me muito bem. Eu acho que isso é um impacto direto do tipo de parto que tens. Ahhh... e da maneira como te estás a tratar e do descanso, fisicamente realmente eu estava... sentia-me bem.”*

P7- *“E o facto de poder ter a minha mobilidade, poder-me levantar, poder tomar banho sozinha, poder-me levantar para comer, para cuidar dele... Isso para mim, no meio disto tudo, foi algo que eu considero positivo.”*

Subtema 1.3 “Mundo” - preservar a Bolha

Este subtema agrega um conjunto de características ou atitudes percecionadas como positivas na ação de agentes externos na relação com os elementos do núcleo familiar. Os dados podem ser agrupados em três categorias, prestadores de cuidado formais, prestadores de cuidado informais e uma terceira que manifesta numa atitude de respeito pela privacidade que se mostra positiva em todo o tipo de contacto com o microssistema.

Na primeira categoria encontram-se como agentes os profissionais de atendimento à perinatalidade, situação profissional das participantes e companheiros (especificadas na Tabela1) e/ou companheiro e literacia perinatal.

P6-“(…)tive a sorte no meio disto tudo, de ter uma equipa de COVID, que estava no COVID, que era incrível. Os médicos, as enfermeiras, também muito sensibilizadas com a situação, por me saberem ali recém mamã, sem o meu filho. Eram todas muito queridas, muito, muito... simpáticas, muito disponíveis.”

P4- “lembro que a médica que estava de serviço estava... pah..... muito politicamente, ou muito educada ali a tentar (...) reforçar as nossas escolhas na maneira que foi super ahhh... bonita de ver...”

P2- “senti-me super segura, super bem acompanhada, portanto, com a EESMO, como com a doula, como com a EESMO que também esteve cá. Senti-me sempre bem acompanhada”

P3- “Acho que outra vantagem que eu acho que o COVID me trouxe: o meu marido trabalha muito e ele estava em casa connosco. Portanto, ele não iria gozar a licença da maneira que gozou nesse pós-parto alargado, que tivemos os 2 meses inteiros fechados em casa”

P4-“O facto de também não estar a trabalhar mudou. Acho que teve assim, consequências muito notórias.... ahhh... por exemplo na amamentação, não é?! Que, como não acontecia nada, estava sempre disponível para a minha bebé”.

P1- “Vivi muito tranquila, porque deixei de trabalhar, foi ótimo. E isso ajudou-me imenso, porque o trabalho era muito stressante. E mesmo dentro do trabalho era um stress enorme. Na altura, depois eu estive para voltar para trabalhar. E a minha chefe disse: não, não. Tu não vais voltar. Vais ficar em casa tranquila a viver essa gravidez.”

P4- *“Acho que a formação de doulas me trouxe ainda depois muito mais informação, muito mais (...) não sei, não é só a informação ehh... sim informação... achar como queria viver algumas coisas ou da maneira como queria viver o meu pós-parto, da maneira como queria viver aquele ahh... o meu relacionamento com aquele meu bebé.”*

P5- *“Eu era uma pessoa, sou uma pessoa, muito interessada, quero saber tudo, então li imenso, sabia tudo quanto havia para saber, informei-me imenso, então pronto, sabia que estava tudo controlado.”*

P1- *“Eu disse: olhe, eu tenho imenso respeito pelo seu trabalho... E isto foi uma das coisas que me disseram, na preparação para o parto, para fazer. "Eu tenho imenso respeito pelo seu trabalho, percebo perfeitamente que não o consiga fazer, e então eu peço por favor para chamar uma colega que o saiba fazer. Porque eu não quero parir deitada.”*

Os cuidados informais agrupam-se em duas categorias, partilha entre mães e apoio em tarefas práticas

P1- *“Estamos todos a ficar fechados em casa. Obviamente que isto vai ajudar e vai apaziguar a coisa, mas se isto está a acontecer, e a tua bebé vai ter que nascer, tu tens que te acalmar. Porque, se tu não te acalmares e ficares a viver no medo, ela não vai querer nascer. E aí passado tempo, aí sim vais ter que ir para indução, e não é isto que tu queres.” Bem, nisto... Esta conversa foi incrível.”*

P5- *“(...) grande parte das minhas amigas já... já são mães, eu até fui das últimas. Portanto, acabei até por vários assuntos me aproximar.”*

P3- *“Então isto já estava tudo combinado com a família, o meu pai veio buscá-las... E depois dele as vir buscar.”*

P3- *“Tivemos muitos amigos também que ajudaram, por exemplo, a nível de farmácia, quando era preciso alguma coisa. Tenho uma amiga que era farmacêutica e que ela se disponibilizava sempre a vir ajudar a entregar as coisas.”*

P2- *“Para nós foi fácil porque temos uma cunha no registo. Temos um amigo que trabalha lá no registo e, portanto, foi facilimo. O meu marido foi lá ter com ele 2 ou 3 dias depois e ele fez aquilo sem problema nenhum. Não aí não tivemos, não tivemos problema.”*

A atitude não invasiva foi muito valorizada como protetora. É reconhecida, em relação a este ponto, a influência benéfica das restrições pandémicas.

P5- *“Às vezes as pessoas não têm muito essa noção e na pandemia não houve essa... essa stress. Porque, toda a gente sabia que não devia incomodar.”*

P1- *“Na altura não estava a ver muito bem, mas hoje em dia sou muito grata à pandemia, porque eu vivi um pós-parto muito tranquilo a nível desta coisa das visitas.”*

P4- *“trouxe alguma privacidade ou me obrigou a parar de uma certa maneira, que, quando olho para trás, se calhar até foi... muito bom ahhh... ou... pronto, porque teve ser e que eu normalmente tenho mais dificuldade em por estes limites, portanto até é curioso.”*

Tema 2. Fatores barreira à experiência perinatal positiva

Este tema reúne os dados que foram indicados como promotores de sensações, emoções, sentimentos e/ou acontecimentos experienciados como tendo um impacto negativo em algum momento da vivência perinatal. Tornaram-se evidentes os subtemas Microsistema e O Mundo (representando as relações com agentes com que a mulher se relaciona fora do núcleo familiar).

Subtema 2.1 “Microsistema”

Neste tema, encontram-se as categorias: desconfortos físicos e quadros patológicos, desafios na reorganização familiar e desafios iniciais na amamentação.

As narrativas mostram mobilização de emoções, sentimentos e sensações decorrentes do impacto de desconfortos físicos, intercorrências e quadros patológicos:

P4- “são com uns enjôos e vômitos enormes, o que me tiram muita, muita energia, tiram-me... olha, tira-me quase tudo. Fico assim mesmo num estado de muita dificuldade, sem conseguir fazer o que quer que seja durante o dia, no dia-a-dia. (...) só me sinto mesmo miserável.”

P3- “Na gravidez, o mais difícil foi a partir das 34 semanas eu tive que tentar ao máximo não fazer esforços mesmo excessivos, porque não chegava lá. A comida não lhe chegava lá, pronto. Ele tinha alteração. A ecografia dava alterações nos fluxos, portanto eu tinha que tentar ao máximo descansar, beber muita água, não me stressar. Eu sou uma pessoa um bocadinho ansiosa e stressada com muitas coisas, portanto, gerir isso foi difícil..”

P7- “Tive uma perda de sangue no início da gravidez às cinco semanas, seis. Mas também foi uma coisa que rapidamente se resolveu.”

Surgiram os desafios na reorganização familiar:

P7- *“Eu acho que nós, basicamente, estávamos os dois em modo de sobrevivência, e sempre preocupados com ele, e esquecemo-nos aqui um bocadinho a nossa relação, pelo menos durante os primeiros tempos. Era muito difícil vermo-nos como um casal, sinceramente. E isso foi mudando um pouco.”*

P1- *“Pronto, mas isto é algo que viemos a trabalhar durante muito tempo. Ou seja, só passados dois anos e meio da I nascer é que nós estamos mesmo bem, e estamos mesmo alinhados. Pronto, isto foi uma grande adaptação a um bebé, ser pai..”*

P4- *“Há uma mudança muito grande a nível familiar que foi a perda da minha mãe. E isso fez um impacto brutal ahhh... por a minha mãe, a nível de... bem de tudo, de relação e de apoio seria sempre a pessoa número um a chamar.”*

As participantes manifestaram o impacto que os desafios e intercorrências no início da amamentação trouxeram à sua experiência, através da expressão de sentimentos de dor, culpa e ansiedade.

P5- *“(...) diria que a minha maior dificuldade foi...ehhh... a dor, amamentar”*

P7- *“mas que no início, eu acho que foi um dos grandes fatores de stress para mim, muito sinceramente”.*

P1- *“(...) que a amamentação não correu muito bem, outra vez. E ela só agarrava assim na pontinha da mama, e não estava a fazer uma grande produção de leite. E comecei a sentir que estava a ficar com menos leite. E que ela estava com fome. E tive que lhe dar fórmula. E isso para mim foi... Pá, isso para mim foi, assim... Chorei, chorei, chorei. Mas chorei mesmo muito, muito, muito. Porque estava a sentir que estava a falhar. Estava a falhar como mãe.. Como é que o meu corpo ia falhar desta forma?”*

Subtema 2.2 “O Mundo”

Neste subtema estão agregadas manifestações de impacto negativo decorrentes da experiência de afastamento social, vivência da experiência sob protocolos de atendimento, medo das consequências da infecção, impacto das atitudes, características dos prestadores de cuidados e o impacto de histórias perinatais negativas.

As restrições nas práticas e protocolos de prestação de cuidados perinatais mais mencionadas como negativas foram a privação de acompanhante, o afastamento e desassistência clínica, a inexistência de circuitos adequados para parturientes ou puérperas infetadas ou de risco, privação de comunicação com o exterior e a separação mãe-bebê:

P6- “As partes mais difíceis... foi mesmo ficar separada do meu bebê, sem dúvida.”

P1- “ Ele ficou super feliz, mas ele só a conheceu 48 horas depois de ela ter nascido. E, pá, isso foi duro, não é? Isso é muita duro.”

P4- “nos dois momentos, que era no nascimento e em unidades de cuidados paliativos, porque foi onde eu fui deixar a minha mãe. E... curiosamente, não sei, porque era o que eu estava a viver na altura, são para mim duas unidades onde não poderia ter havido... eu nem sei como está agora, mas não pode haver esta política de não ahhh... acompanhamento, de não haver um acompanhamento. Portanto, no início e no final da tua vida tu não podes estar sozinho, ponto. E isso custou-me muito. Isso custou-me imenso. “

O impacto negativo trazido pelo afastamento social nesta fase de vida aparece nas narrativas relacionado com o afastamento emocional da família e amigos.

P1- “Mas quando cheguei a casa comecei a chorar imenso. A dizer "isto não se faz. Isto é horrível." Porque é aquela coisa - tu queres apresentar o teu bebé, e não queres apresentar pelo vidro de um carro. As pessoas espreitavam pelo vidro do carro para ver como ela era. E ela a dormir no ovinho.”

P5- “Noto que ela não tem aquela relação tão íntima como os primos têm por exemplo, não é?! Isso eu noto, acabou por se afastar um bocadinho, acho que ela ficou sempre a perder com... com isso.”

P6- “Então, foi assim uma gravidez muito... psicologicamente muito difícil de lidar, porque acabava por estar muito sozinha em casa, onde eu me senti muito sozinha, porque enfim, as pessoas têm as suas vidas, não é, têm as suas rotinas, os seus trabalhos. Eu fui para gravidez de risco para casa logo muito cedo e acabei por passar uma gravidez assim um bocado... por mim própria.”

O medo das consequências do COVID expressa-se:

P3- “O COVID ajudou também a que eu fosse mais stressada”

P1- “E foi o maior stress. Foi o maior stress da minha vida. Foi horrível. Foram duas semanas mesmo, mesmo difíceis “

P5- “Eu estava grávida, ouvia-se histórias de... de grávidas infetadas que depois ehhh...tinham partos prematuros. Ahhh... gravidezes que pudessem não correr tão bem, eu tinha muito medo disso. Eu... fiquei sempre em casa, não saía, não ia a lado nenhum, tinha muito medo, de apanhar e de não saber muito bem como é que isso iria afetar a minha bebé”.

Aa atitudes dos prestadores de cuidados percecionadas como negativas em algum momento do processo gravídico puerperal dizem respeito a atitude de julgamento, desrespeito ou não inclusão das preferências da mulher, atitudes coercivas e utilização de práticas clínicas não atualizadas e a recusa de comunicação de informação clínica.

P6- *“Começaram logo uma data de auxiliares a isolarem-me completamente sem me dizerem o que se passava. Eu comecei a ficar um bocado stressada... muito confusa, mas...”*

P1- *“Estava mesmo sozinha. E aquela pressão de tome epidural. Não vai ter dor... Enfim, às tantas eu estava a gritar e lembro-me que houve alguém que disse "ai, está aqui uma menina a gritar tanto! Não percebo porque é que tem estas dores todas. Se levou epidural”*

P7- *“Todas as pessoas estavam com medo de ir ao quarto. Portanto, isso também acabou por ser muito negativo para mim. Eu tinha que estar sempre a chamar alguém, porque não iam ao quarto”*

Histórias de experiências de outras mulheres também foram apontadas como fatores de impacto negativo:

P2- *“Eu acabei por sofrer um bocadinho com ela, porque ela foi fazer uma indução em que teve lá 2 dias no hospital antes do parto e teve sempre sozinha, não pôde sequer teve visita. E depois o marido dela, só pode entrar na altura do expulsivo, aquele bocadinho e teve lá mais 2 horas do parto, do contato pele a pele. E a seguir foi-se embora e só pode voltar no dia a seguir mais 2 horinhas e no dia seguinte, mais 2 horinhas. E ela esteve sempre sozinha e pá isso foi muito complicado. Foi complicado para quem está de fora. Não podes fazer mais nem podes ajudar, não é? E para ela, sentiu-se super sozinha, não é? Super desacompanhada, super solitária.”*

P4- *“O meu medo era mesmo... o que eu ouvia das mães... ou... das grávidas, a maneira como estavam a ser tratadas ahhh... nas maternidades, pronto, acho que também podemos contextualizar a minha gravidez foi durante a minha formação de Doula e portanto, esta informação era realmente a que eu absorvia mais, não é, tendo em conta que não víamos notícias, eu acho que aqui o mundo... e estando grávida.”*

P5- *“É natural. E... mas eu tinha muito medo, porque tinha histórias de amigas, de familiares que tinham passado um pós-parto muito doloroso, por causa dos pontos que levaram.”*

Tema 3. Parto

Este tema reúne os dados que se mostraram diretamente relacionados com a experiência de parto. As entrevistas mostram, pelo investimento e emoções mobilizadas, que para maioria das participantes o parto foi marcante e central na vivência perinatal. A sua influência não se manifesta apenas ao nível da experiência de parto em si, mas mostra-se um evento que se desdobra noutras alturas do ciclo. A maioria das narrativas mostra a existência, durante a gravidez, de medos e ansiedades, desejos e preferências face ao parto. O caminho para o parto mostra-se um caminho de construção de um roteiro baseado na informação acedida e de condição de acesso a possibilidade de escolhas e negociações. Um roteiro que quando é caminho está sujeito a mudanças e a uma dinâmica de adaptação aos eventos e circunstâncias, ao nível da experiência idealizada, da vivida e da percebida. O processo de análise temática revelou o tema “Parto”, constituído por quatro subtemas; medos e desejos, negociação, experiência e ao reflexão.

Subtema 3.1 “Medos e Desejos”

Este subtema reúne os dados que expressam os medos e desejos relativamente ao parto. Estes dados podem ser olhados e analisados em complementaridade; *“como dizia o mágico dos medos... por trás de cada medo, esconde-se um desejo ...”*

Medos mencionados: não ter privacidade, parto instrumentalizado, parto traumático (em referência ao parto anterior), episiotomia e separação do bebé. Os desejos emergentes na narrativa: parto natural, parto o mais natural possível, ser assistida pela equipa de cuidados de preferência, parir no local de preferência e ter a presença do pai.

P2- “Era acabar num desfecho semelhante ao do primeiro parto. Isso era o que tinha mais medo, não é, mais receio. Não queria que isso acontecesse. Não queria que houvesse um parto instrumentalizado, não queria perder o controlo no sentido de... Não é bem perder o controlo (...) Bom acaba por ser, não queria que houvesse intervenções, que eu não queria, não é porque no primeiro acabou por acontecer isso, foi um rol de intervenções que depois é tipo em catadupa e que tu já às tantas já não controlas... acaba por ser em catadupa e eu não queria que isso acontecesse, não queria que isso acontecesse. O meu medo também de ir para o hospital seria, estás num ambiente diferente, tens as escolhas à disposição e não sabia até que ponto ia resistir a uma epidural ou uma coisa assim do género, não é, sabendo eu das consequências que isso traria.”

P1- “Eu não quero voltar, outra vez, a ter esse trauma que tive no parto passado.”

P6- “Eu tinha idealizado um parto... um, um... parto vaginal. Não diria o mais natural possível porque eu queria, já tinha tomado a decisão, de que queria epidural, mas queria que fosse um parto a sério. Portanto, queria parir o meu filho”.

P4- “(...) eu precisava do meu espaço para fazer o trabalho de parto e a minha cabeça está: "Se as minhas filhas estão à volta, está muito ocupada com elas." E então, uma coisa que eu sabia era que, quando eu começasse a entrar em trabalho de parto e porque se calhar a minha cabeça tinha idealizado uma maneira de trabalho de parto muito comigo. Eu precisava que elas não tivessem ahmm... à minha volta.”

Subtema 3.2 “Negociação” - os medos, desejos e as circunstâncias conversam

Este subtema é construído pelos dados que revelam os movimentos de adaptação entre os desejos, os medos e as circunstâncias (internas e externas) em que cada mulher foi vivendo a sua gravidez e parto. Encontramos neste grupo fatores que foram moldando o processo em termos de procura de possibilidades e outros que conduziram efetivamente ao desfecho do parto. Apesar de terem tido um peso diferente nas histórias individuais têm em comum o facto de serem agentes com possibilidade de grande interferência e impacto na experiência perinatal. Concretizando: local do parto, equipa de cuidados, protocolos COVID-19, medo das consequências da COVID-19 para a saúde, presença/ausência de acompanhante, intercorrências clínicas no processo de gravidez ou parto, fisiologia do parto, erros clínicos, *sugestões* clínicas, protocolos de assistência a mulheres infetadas e cansaço da gravidez.

P7- “Se eu tivesse uma indução marcada, eu já sabia em que dia é que ele ia nascer. Já me conseguia preparar melhor. Conseguíamos fazer o teste com 48 horas de antecedência. Ou seja, tudo isso, na altura, e discutindo isso, pareceu-nos mesmo uma boa opção. Pronto. A indução. Por esses motivos. Se não fosse época de COVID, possivelmente (...)”

P1- *“Às tantas começámos a achar "vamos ter um free birth. Vamos ter em casa, porque mais vale termos assim à maluca em casa do que irmos para o hospital, que vamos todos morrer!”*

P7- *“já tinha uma indução marcada para as 39 semanas, mas quando eu fui à consulta das 38 já estava a entrar em trabalho de parto. Quer dizer, não estava a entrar em trabalho de parto”*

Subtema 3.3 “Experiência”

Neste subtema agregam-se as percepções espontaneamente partilhadas acerca da experiência de parto.

P4- *“(…) isto agora a pessoa descreve as emoções como se fosse tudo muito bonito, é muito sentido também, é muito doloroso, é muito físico, não, não falei aqui, mas está tudo muito inerente, só para não parecer que é assim cinquenta minutos de beleza máxima e que não! São contrações bastante dolorosas, mas... sim, então agora à distância de dois anos, o meu cérebro, a parte física da dor apagou totalmente e o que me deixou foi isto.”*

P2- *“E eh pá e depois e depois de ser capaz, então aquilo foi, foi tipo ir ao céu, não é? Eu estive ali. Acho que tive ali uns dias ainda naquele estado de incredulidade. Estava incrédula que aquilo tinha sido possível e depois ele também era um bebé grande.”*

P6- *“queria parir (ter parido) o meu filho.”*

Subtema 3.4 “Reflexão” – ao dia de hoje, o que faria de forma diferente

De forma espontânea foram aparecendo nas entrevistas conteúdos semânticos ou latentes que se referem à reflexão de caminhos alternativos; reflexões sobre o impacto que as suas sucessivas escolhas possam ter tido na experiência ciclo perinatal.

P6-“(…)de facto nós erramos aí, no contexto de, não termos procurado.... Eu não procurei mesmo, referências de hospitais em Portugal. Depois disto, depois da experiência, percebi que há hospitais que já seguem uma série de... de... de... de recomendações... internacionais e europeias.”

P1-“Iria muito mais tarde para o hospital.”

P3- “Nós acabamos por decidir fazer a indução às 39 semanas e um dia. Não sei se foi por aí. Decidi também nunca, nunca propor esse Se, porque não iria resolver nada. Não sei se foi por aí ou não, que foi uma cesariana por uma não-progressão do trabalho de parto, mas decidi que essa gaveta ia ficar arrumada.”

Prestação de cuidados de saúde mental durante a perinatalidade

Em relação ao apoio saúde ao apoio especializado na área de saúde mental durante todo o período perinatal constata-se que duas participantes recorreram a apoio psicoterapêutico a título privado.

A Participante 6 teve dois contactos em situação de crise e a Participante 4 manteve acompanhamento psicoterapêutico iniciado anteriormente.

A nenhuma das 7 participantes foi sugerido ou proporcionado acompanhamento especializado na área de saúde mental.

Discussão

A presente discussão assenta nas dinâmicas que os temas estabelecem entre si em diálogo com a literatura.

Cada entrevista abriu portas para uma experiência perinatal individual enquadrada numa constelação social única. O material empírico fornecido pela amostra permitiu encontrar e estabelecer ligações entre as diferentes experiências pessoais.

É de referir que o processo de entrevista foi considerado impactante para muitas das participantes. A partilha de histórias perinatais, nomeadamente a partilha de histórias de parto traumático, mostra-se como uma ferramenta terapêutica (Olza, 2017) e este processo de pesquisa, embora não tivesse um *ethos* terapêutico na sua origem, pôde integrar essa dimensão através da escuta e partilha proporcionadas.

A observação dos fatores protetores e os fatores barreira na experiência perinatal nascidos no decorrer das relações que a mulher estabelece com agentes de diferentes níveis sistémicos durante o período perinatal, parece reforçar a pertinência de se olhar e de se compreender a realidade e os processos psíquicos da pessoa que atravessa o ciclo gravídico-puerperal utilizando como referência o modelo bioecossistémico adaptado à perinatalidade, como sugerem Ramirez e Olza (2020) .

Claramente e em consonância com a literatura, o desconhecimento das consequências para a saúde da infeção e transmissão ao feto/bebé de COVID-19 foi um fator potente de mobilização de medo e ansiedade durante a perinatalidade, o que sugere maior vulnerabilidade para a ocorrência de quadros psicopatológicos (Cffieri & Margherita, 2021) e aponta para a pertinência de maior conhecimento das consequências deste quadro para a saúde mental nas mulheres e bebés portugueses.

A perda de proximidade nas relações significativas, principalmente com a família e amigos foi sentida como falta de apoio emocional o que representou um grande desafio para as mulheres.

As medidas restritivas impostas também foram geradoras de medo e ansiedade nas participantes durante o processo gravídico-puerperal e constituíram-se importantes fatores de ponderação na escolha de serviços, profissionais e práticas no atendimento à gravidez, parto e pós-parto, sendo manifestamente mais influentes e intensas no processo de preparação e vivência do parto e condicionantes da experiência do Parto.

Observa-se a existência de vários movimentos de ponderação de mudança de planos de parto, por medo das consequências do COVID-19 ou na tentativa de garantir a presença de acompanhante. Assim, surgiram como possibilidade de plano preferencial para o parto, a programação do parto por indução, realizar um parto domiciliar assistido na tentativa de procurar práticas de assistência mais protetoras ou mesmo parir de forma desassistida para não ter de se submeter às restrições dos circuitos hospitalares.

Uma das medidas de maior impacto nas participantes foi também a mais amplamente contestada em Portugal: a restrição de acompanhante, principalmente durante o parto. Sendo desejo da mulher, a participação da/o parceira/o durante o ciclo gravídico puerperal pode contribuir para a minimização do medo, anseios e ansiedade durante a gravidez (Silva et al, 2022). Seria interessante perceber o impacto da presença de acompanhante na receção de informação de intercorrências fisiológicas negativas e quadros patológicos perinatais uma vez que a sua ocorrência se apresenta de relevante impacto negativo na experiência perinatal.

Se por um lado a presença de acompanhante no processo de gravidez e puerpério foi facilitada pelas políticas menos restritivas de afastamento social, o seu efetivo afastamento nos cuidados de saúde foi, sem dúvida um fator de impacto negativo na experiência das mulheres entrevistadas, sendo este impacto muito mais expressivo na

restrição da sua presença no parto do que nas consultas ou exames de rotina. Quando se sente sozinha durante o trabalho de parto e parto, é comum um aumento do medo, ansiedade, apreensão e tensão que podem aumentar a dor (Sousa et al, 2010). A presença e envolvimento ativo de acompanhante no parto e nascimento promove sentimentos de segurança, calma e coragem para abraçar o processo e representa uma maior possibilidade de acesso a práticas como métodos não farmacológicos de alívio da dor, ingestão de líquidos e alimentos (Sousa et al, 2021).

Tendo consciência da importância de diferenciar o papel, o processo e as circunstâncias do pai dos de outro/a acompanhante de eleição, é importante referir que o acompanhante de eleição de todas as participantes foi o pai do bebé. A presença do pai, acompanhando o processo do parir, apoiando a companheira, tem consequências positivas para estas experiências e sabe-se, da literatura, como pode ter também um impacto positivo no desfecho do nascimento do bebé, com efeitos benéficos que se tornarão lembranças marcantes na vida do casal (Perdomini e Bonilha cit in Oliveira, 2017), facilitando a construção de vínculos precoces e a transição para a própria função de pai (Sousa, 2020). Assim é importante compreender que o pai ocupa um papel importante de referência emocional e familiar no processo da parturiente. Ao mesmo tempo, também está envolvido emocionalmente no processo de nascimento e a vivenciar transformações múltiplas e profundas, pelo que não lhe deve ser atribuído, em exclusivo, o lugar de cuidador emocional da sua companheira (Motta, 2005).

Os enfermeiros especialistas e os obstetras beneficiam de um profundo conhecimento das necessidades emocionais e psicossociais da mulher parturiente de forma a facilitar uma experiência positiva. O parto é uma experiência profunda que tem um impacto físico, psicológico, social e existencial a curto e longo prazo (Olza et al , 2017).

Tendo em conta esta constelação em que se desenrolam processos individuais e familiares cujas consequências da forma como são vividos e percebidos se manifestam a médio e longo prazo ao nível do desenvolvimento e saúde mental, a manutenção da restrição de acompanhante, mesmo depois de organizações internacionais como a OMS

defenderem a sua suspensão, expõe a necessidade de ter em conta os processos psíquicos e as suas consequências na elaboração de políticas orientadoras de boas práticas na assistência perinatal em Portugal.

Outra das restrições amplamente criticadas foi o afastamento dos bebés no caso de mães COVID+ ou, na ausência de teste em caso de suspeita de infeção. O primeiro contacto com o bebé, nomeadamente o contacto pele a pele mostrou-se um momento único de mobilização de emoções positivas intensas e memória biográfica. É amplamente reconhecido que este contacto precoce produz múltiplos benefícios: fortalece o vínculo, incentiva o aleitamento materno, facilita as tarefas de cuidado materno, proporciona alívio e tranquilidade para mãe e bebé, promove e regula a temperatura do bebé, estabiliza a respiração, ajuda a colonização bacteriana pela microbiota cutânea da mãe e facilita o relacionamento (Ayres et al, 2018). O contacto pele a pele imediatamente após o nascimento produz um aumento dos níveis de ocitocina que, por sua vez, desempenham um importante papel numa série de mudanças neuroanatómicas que perduram com o tempo podendo ter um papel de grande influencia na qualidade da vinculação com os seus descendentes (Kendrick cit em Olza , 2017).

Segundo o neonatologista Nils Bergman o pior que pode acontecer a um recém-nascido é ser separado da sua mãe. Os recém-nascidos humanos separados das suas mães têm exatamente as mesmas respostas fisiológicas que os outros mamíferos (desregulação da temperatura, restrição na hormona de crescimento, baixa frequência cardíaca e produção de cortisol), e todos os mamíferos que sofrem esta separação mostram sequelas que podem durar ao longo de toda a vida (Bergman cit in Matos, 2021), pelo que uma separação precoce e prolongada imprime marcas que podem comprometer o processo de vinculação a curto, médio e longo prazo. As consequências para a psique do bebé de passar as primeiras horas ou dias separado da sua mãe são difíceis de investigar, no entanto parece provável que o medo de repetição do que foi vivido como abandono fique profundamente gravado (Olza, 2017).

Olza (2017) sugere que impacto desta separação na mãe se manifeste como culpa, seguindo o mesmo referencial que a autora, a mobilização de comportamentos agressivos das mamíferas face à separação precoce das suas crias, é provável que, a nível do

mamífero humano a forma como a mãe internaliza a raiva se manifeste de múltiplas formas para além de culpa, como comportamentos agressivos e de rejeição da relação ou frieza relacional.

Uma das participantes, por ter testado positivo durante o trabalho de parto foi privada de contacto com o seu bebé e, o seu bebé foi privado de contacto com a mãe, logo após o nascimento e durante cerca de cinco dias (período em que ficou em isolamento numa área COVID generalizada). À separação mãe-bebé, foi acrescido o facto de o pai não ter sido avisado do seu nascimento e só terem estabelecido contacto muitas horas depois.

É importante para o objetivo deste trabalho situar este acontecimento no tempo, pois foi vivido numa altura em que as orientações da OMS recomendavam o não afastamento mãe-bebé nestas circunstâncias.

Será importante aprofundar o conhecimento quanto ao impacto das separações desta natureza vividas ao abrigo deste protocolo ou da sua prática desatualizada, ao nível da saúde mental materna, do desenvolvimento do bebé e da vinculação.

Mesmo tendo vivido esta separação, e ter convivido com a ansiedade gerada pela incerteza de quando poderia ver e contactar com o seu filho, o primeiro contacto com o bebé foi relatado como um momento de extrema importância no seu processo sugerindo constituir-se num momento de reparação da experiência de parto e puerpério,

“Também ajudou imenso o facto de quando eu cheguei a casa, quando eu finalmente cheguei a casa, e dei a maminha ao bebé ele agarrou na maminha como se fosse a coisa mais natural do mundo, e a maminha tivesse estado sempre lá. Isso ajudou imenso, e foi fundamental para eu conseguir virar esta página e... embora me emocione quando falo disso, epah é a diferença entre eu ter entrado, podia ter entrado ali numa situação de profunda, de profunda...”

No decorrer da entrevista, a participante relata a importância da forma como escolheu fazer a separação do filho quando ele ingressou na creche e ela voltou para o

trabalho. Para ela foi extremamente importante que esta separação ocorresse de forma gradual o que pode também apresentar-se como um movimento reparador.

Parece também ter sido apoiador no seu processo o pós-parto vivido em afastamento social e privacidade da família nuclear.

“Dentro das circunstâncias. O COVID também trouxe coisas positivas. Uma delas foi... foi um tempo muito... em... em... portanto em... reservado para nós os três sabes? Era eu, o meu bebé, e o... e o meu namorado. E a nossa cadela(...). Na realidade, de nós os quatro.”

A constatação do microssistema emergiu de forma espontânea no discurso. Várias vezes sendo referido como *Bolha*, como um espaço em que as dinâmicas da recente família nuclear se desenrolam, e os processos individuais de cada elemento acontecem de forma limitada e contida. As referências a este conteúdo veiculam sentimentos de felicidade, bem-estar, carinho e mostram-se como um marco, algo único e dificilmente irrepetível na bibliografia pessoal e familiar. A passagem do bebé para fora do útero parece marcar este processo, uma vez que o puerpério imediato se mostra a altura do ciclo perinatal em que esta bolha é mais percebida, pese no entanto, o facto do pai ter sido retirado do cenário de parto.

A interação do material empírico, sugere que as referências a esta bolha possam estar mais ligadas à percepção da emergência da sua função protetora e contentora num dado momento de vida do que propriamente às dinâmicas e processos que acontecem dentro da família nuclear. Tendo em conta a obra de *Daniel Stern, The interpersonal world of the infant*, e os referenciais que utiliza na abordagem e definição de processos de identidade, somos levados a colocar a hipótese de que esta bolha se refira à percepção da emergência de um novo polo identitário familiar, com expressão na identidade pessoal. Seguindo a sua proposta de construção de polos de identidade, em interação com os processos psicofisiológicos do puerpério, podemos sugerir que o pós-parto vivido em privacidade e segurança permite que o início do *embodiment* desta nova identidade se

faça a par ou através da vivência e percepção: das sensações promovidas pelos processos internos e pela forma e qualidade das relações; percepção das ações e tarefas que se desenrolam no processo puerperal; da forma como é percebida, e da vivência própria da sexualidade neste período;

Os dados empíricos sugerem que dois dos fatores percebidos como de maior satisfação e proteção do processo de perinatalidade estejam fortemente relacionados com a emergência e qualidade desta *bolha* protetora, ambos fortemente proporcionados pela conjectura pandémica: **a presença do pai** e **a privacidade** durante o pós-parto imediato.

A participação e presença paterna nos processos perinatais favorece a consolidação do trinómio mãe-pai-bebé e o estabelecimento de um maior vínculo com a mãe e com o filho (Silva et al, 2022) dando-lhe oportunidade de proteger o ninho e desempenhar um papel de contenção do processo da díade mãe-bebé e ser o intermediário entre o mundo interno da família nuclear e o mundo externo (Gutman, 2014). A chegada de um novo membro à família representa toda uma mudança no sistema familiar (Matos, 2021) o que pode gerar um aumento na tensão familiar uma vez que traz consigo a necessidade de uma reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento familiar. O nascimento de uma criança constitui-se um acontecimento central no ciclo de vida familiar, passível de influenciar, de formas bastante diversas, o equilíbrio eventualmente desfrutado pela família (Martins, 2008). A reorganização familiar foi referida como um dos processos desafiantes para as participantes, particularmente ao nível da relação de intimidade do casal.

Um dos processos próprios da função materna é a amamentação. A amamentação não é apenas o fornecimento de alimento ao bebé, quando uma mulher amamenta, ela toca-o e sente-o, acaricia-o, olha-o, estimula-o e está em contacto físico intenso e íntimo com ele (Matos, 2021).

O processo da amamentação surge como uma das propostas mais específicas da função materna e é muito valorizado nos relatos. Seja o sucesso inicial, seja o sucesso

após dificuldades. As dificuldades iniciais na amamentação foram reconhecidas como mobilizadoras de dor, stress e culpa.

O apoio do/a companheiro/a na amamentação pode ser feito pela presença, incentivando, escutando sem julgamento e sendo contentor, ocupando-se de tarefas com o bebé (Barros, 2013) e sendo o intermediário que a protege de interferências negativas externas. Todas as participantes amamentaram, o que pode sugerir a participação do pai como um fator protetor da amamentação, representando sustentação e apoio em alturas desafiantes do processo.

Olhando esta constelação de processos individuais e familiares, a manutenção da restrição de acompanhante, mesmo depois de evidências científicas sobre os riscos e consequências de infeção COVID-19 levarem a recomendações de organizações internacionais como a OMS no sentido da sua suspensão, reforça a necessidade e pertinência da integração do conhecimento dos processos psicológicos nos protocolos e políticas de prestação de cuidados perinatais em Portugal, onde essas recomendações não foram seguidas.

A diminuição ou inexistência de visitas no pós-parto imediato foi sentida como uma das consequências mais positivas de viver a perinatalidade tempos de COVID-19. A situação pandémica mostrou que as políticas e os sistemas sociais têm o potencial de ser promotores de saúde nesta fase através, por exemplo, da adequação de condições profissionais, suporte económico ou alargamento da licença parental. Mostra-se também como potencialmente benéfica uma socio educação e uma promoção da literacia ao nível dos processos do puerpério que potencie um apoio prático, emocional e de cuidados à saúde que vá no sentido de promover a existência e preservação do espaço de intimidade da família nuclear, dentro do qual muitos desafios e conquistas acontecem.

As práticas adotadas pelos prestadores de cuidados perinatais são de um grande impacto na experiência das mulheres, mostrando as partilhas das mulheres que mais do que o que se faz – os procedimentos – fica marcada na memória e na história da vivência a forma *como se faz*, ou seja, a qualidade da relação em que a prestação de cuidados assenta. Em consonância com a literatura (Cafferri & Margherita, 2021; Atmuri et al , 2021), as participantes expressam que a comunicação clara e empática, o respeito pelas

escolhas, a acessibilidade, a prestação de cuidados de forma continuada e cientificamente atualizada são determinantes para a satisfação com a prestação de cuidados e têm um impacto protetor no processo individual. Ao passo que a comunicação julgadora e coerciva, a falta de informação e esclarecimento, e a realização de procedimentos clínicos cientificamente desatualizados constituem fatores negativos na experiência perinatal.

Alguns destes fatores refletem práticas relatadas que se constituem reconhecidamente como más práticas e, em alguns casos, uma possível violação dos direitos da mulher na prestação de cuidados perinatais. Nos relatos de duas participantes encontramos situações que claramente podem enquadrar-se nesta categoria e abrir portas para um olhar sobre práticas que se constituem formas de violência obstétrica, e uma consequente vulnerabilidade acrescida à ocorrência de trauma.

A chave na abordagem à experiência de parto traumática é a perceção que a mulher tem de perigo: perigo de vida, medo dos profissionais, perigo para a sua integridade, entre outros. A experiência traumática não conduz necessariamente ao desenvolvimento patológico de uma perturbação (Olza ,2017). Para Beck (2004) o parto traumático reside na forma como a experiência é percebida pela mulher e apresenta uma proposta de abordar e trabalhar o trauma de parto que assenta no reconhecimento de conteúdos significativos da experiência traumática. Neste sentido, seria interessante uma análise mais aprofundada a algumas destas entrevistas, onde alguns dos fatores barreira identificados parecem sugerir uma grande vulnerabilidade a experiências traumáticas de parto, uma vez que os relatos expressam experiências de sensação de abandono pelos profissionais de saúde, falta de comunicação durante os procedimentos e o recurso a procedimentos clinicamente desnecessários face aos processos fisiológicos da mãe e do bebé, que desconsideram as escolhas, desejos, expectativas e sentimentos da mãe (Beck, 2004).

Enquadrado no paradigma qualitativo, não era objetivo deste estudo a generalização dos dados, mas antes a compreensão aprofundada dos processos. E, de facto, o encontro entre as especificidades dos conteúdos significativos destas entrevistas mostra claramente que ao longo da experiência perinatal o psiquismo é mobilizado e impactado pelo contacto não só com os processos internos característicos das fases

perinatais, como também na relação com agentes aparentemente mais distantes, tornando o período perinatal um período no ciclo de vida onde existe uma particular vulnerabilidade à ocorrência de psicopatologia. Acresce salientar que, dado o cariz fundamentalmente exploratório desta pesquisa, a presente discussão decorre de um processo de análise onde não foram incluídos todos os fatores potencialmente interessantes sob uma perspetiva de conhecimento na e para a área da saúde mental. No entanto, reconhecendo que uma análise mais aprofundada poderia permitir aceder a outras dimensões da experiência perinatal e, até, a questões de psicopatologia que poderia beneficiar de uma abordagem terapêutica, é relevante destacar que a nenhuma das participantes, na prestação de cuidados perinatais, foi dado acesso ou sugerido apoio especializado em saúde mental.

Limitações da investigação e Estudos Futuros

As características homogéneas das participantes, todas mulheres portuguesas caucasianas, vivenciando o ciclo perinatal numa relação com o pai dos seus bebés, com possibilidade de acesso a serviços de saúde privados em algum momento da perinatalidade, entre outras, inspiram a que de futuro estudos neste âmbito possam ser dirigidos a amostras mais diversificadas.

Pode ser entendido que uma maior experiência da investigadora com o instrumento da entrevista poderia trazer benefícios e permitido um aprofundamento na partilha da experiência. O recurso a uma plataforma digital durante as entrevistas, embora tenha sido facilitador do processo, pode ter impedido o acesso e apreensão de conteúdos significativos.

Outra possível limitação do estudo prende-se com o facto do processo de recolha e análise ter sido efetuado por apenas um investigador, na medida em que os ângulos mortos da sua sensibilidade e subjetividade podem não ter captado conteúdo significativo.

Existe pouca literatura de cariz qualitativo na área de saúde mental perinatal e ainda mais, dirigida à população portuguesa e, só por isso este estudo é bastante pertinente.

Pela liberdade do exercício de observar e pela metodologia utilizada, este estudo revelou alguns pontos de interesse para investigações e atuações na área da psicologia

revelando a intensidade dos processos psíquicos perinatais e a sua vulnerabilidade e propondo a necessidade de construção de uma nova presença, acesso e intervenção dos psicólogos no apoio aos processos naturais e aos patológicos através de uma integração nos circuitos previstos para os cuidados perinatais.

Pode dizer-se que a reflexão acerca da dinâmica entre fatores promotores de saúde e fatores potencialmente danosos para o processo da pessoa em perinatalidade pode incentivar e reforçar a participação da psicologia enquanto ciência no diálogo bioético uma vez que os limites e a qualidade da relação entre pessoa que recorre a um serviço de saúde e o prestador desse mesmos cuidados se mostraram como fatores de grande impacto para a experiência pessoal.

No que concerne à psicologia clínica, cada entrevista, cada partilha e narrativa pessoal constituiu-se por si só num campo de interesse. Salientamos a emergência de conteúdos que mostram o benefício de um olhar especializado para a mãe e bebé em circunstâncias em que os eventos mais do que negativos se mostram potencialmente traumáticos para um ou ambos.

Conclusão

A presente dissertação teve como principal motivação constituir-se num exercício exploratório de apreensão e compreensão dos conteúdos relevantes na construção da narrativa de histórias subjetivas de experiências perinatais.

A escolha pela escuta de histórias vividas durante o período pandémico sustentou-se na curiosidade de aceder a vivências marcadas pela unicidade de um momento histórico específico e no reconhecimento do potencial que situações de caos têm em visibilizar fragilidades pré-existentes nas estruturas do sistema e condutas por ele orientadas. O processo de exploração das narrativas confrontou-nos com um olhar para destroços e resiliências e acima de tudo possibilitou vislumbrar a dimensão criativa que o *caos* também possui na proposta de construção de novas ordens.

As evidências deste estudo conduzem à constatação de fatores de relevância protetora a nível emocional e psíquico na perinatalidade, o que sugere que a sua prática traz benefícios à experiência perinatal. Os fatores apurados vão no sentido das

recomendações já preconizadas pela OMS na para a promoção de experiências positivas, o que reforça a pertinência das mesmas se refletirem nas práticas clínicas em Portugal:

- Um acompanhamento que tenha um olhar centrado na pessoa que atravessa a perinatalidade, que a signifique na especificidade da sua história de vida e circunstâncias e que esteja orientado a possibilitar a integração dos elementos da família nuclear, reconhecendo e apoiando os processos significativos que se manifestam nas e através das mudanças na estrutura familiar;
- A pessoa que atravessa o ciclo gravídico-puerperal deve ter sempre a possibilidade de estar acompanhada na receção de cuidados, exames e na experiência de parto;
- Mostra-se fundamental a criação de políticas e práticas laborais e de apoio económico que facilitem a presença do pai no processo perinatal no período de pós-parto;
- Os cuidados devem ser pautados por uma atitude respeitadora dos limites e privacidade e mediados por uma comunicação clara e empática, e as escolhas da mulher e família respeitadas.
- Os cuidados devem ser multi e interdisciplinares, promovidos em carácter de continuidade, ser acessíveis e sustentados em práticas especializadas e atualizadas. Neste ponto, o acesso a técnicos de saúde mental tem particular importância, uma vez que se constata a necessidade de integração de técnicos nos circuitos de atendimento.

Indo ao encontro das recomendações recentes da OMS e do parecer da OPP, mostra-se fundamental que, para além da participação na elaboração de protocolos e recomendação de práticas, sejam integrados técnicos de saúde mental nos circuitos de cuidados perinatais. A prestação destes cuidados pode exercer-se ao nível da prevenção e promoção de saúde, através de iniciativas de promoção da literacia dos processos psíquicos e emocionais dirigidas a profissionais de saúde e utentes, e também ao nível clínico aferindo a presença de quadros patológicos e atuando em conformidade.

Referências Bibliográficas

- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: A systematic review. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, *91*(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- APDMG. (n.d.). Modelo de Carta para acompanhar o Plano de Parto. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto
- APDMGP. (2020, April 15). *Tomada de Posição APDMGP - sobre as Limitações AOS direitos da Mulher no parto e no puerpério em unidades de saúde em tempo de Pandemia por COVID-19*. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Retrieved November 10, 2022, from <https://associacaogravidezparto.pt/campanhas-e-eventos/tomada-de-posicao-apdmgp-sobre-as-limitacoes-aos-direitos-da-mulher-no-parto-e-no-puterperio-em-unidades-de-saude-em-tempo-de-pandemia-por-COVID-19>
- APDMGP. (2020, May 23). *Pedido de Clarificação Aos Serviços de Obstetrícia dos Hospitais portugueses*. Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Retrieved November 10, 2022, from <https://associacaogravidezparto.pt/campanhas-e-eventos/pedido-de-clarificacao-aos-servicos-de-obstetricia-dos-hospitais-portugueses>
- Atmuri, K., Sarkar, M., Obudu, E., & Kumar, A. (2022). Perspectives of pregnant women during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Women and Birth*, *35*(3), 280–288. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.008>
- O. N. U. (2022, September 19). *OMS: 20% Das Mulheres Terão Doença Mental durante gravidez ou pós-parto* | *Ionu news*. United Nations. Retrieved November 10, 2022, from <https://news.un.org/pt/story/2022/09/1801501>
- Ayres, L. F., Cnossen, R. E., Passos, C. M., Lima, V. D., Prado, M. R., & Beirigo, B. A. (2020). Fatores Associados AO Contato Pele a pele imediato em uma

- maternidade. *Escola Anna Nery*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0116>
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.
<https://doi.org/10.1097/00006199-200401000-00005>
- Belizán, J. M., Miller, S., Williams, C., & Pingray, V. (2020). Correction to: Toda mujer en el mundo debe tener un cuidado respetuoso durante el parto: Una reflexión. *Reproductive Health*, 17. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00950-7>
- Cabral, P. P., Barros, C. S., Vasconcelos, M. G., Javorski, M., & Pontes, C. M. (2013). Motivos do Sucesso da amamentação exclusiva na perspectiva dos pais. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 15(2), 454–462.
<https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.16996>
- Caffieri, A., & Margherita, G. (2021). The psychological impact of COVID-19 on women's wellbeing during pregnancy and postpartum one year after pandemic outbreak in Italy. A Systematic review. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.13129/2282-1619/mjcp-3026>
- Calvetti, P. U., Fighera, J., & Muller, M. C. (2008, June). A bioética nas intervenções em psicologia da saúde. *PSIC - Revista De Psicologia Da Vetor Editora*, 9(1), 115–120.
- Carvalho-Barreto, A. de. (2016). Paradigma Sistêmico no Desenvolvimento Humano e familiar: A Teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Psicologia Em Revista*, 22(2), 275. <https://doi.org/10.5752/p.1678-9523.2016v22n2p275>
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental.
- Chaves, C., Marchena, C., Palacios, B., Salgado, A., & Duque, A. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on Perinatal Mental Health in Spain: Positive and

- negative outcomes. *Women and Birth*, 35(3), 254–261.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.01.007>
- Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (1985). Perinatal ethics: a practical method of analysis of obligations to mother and fetus. *Obstetrics and gynecology*, 66(3), 442–446.
- Chervenak, F. A., & McCullough, L. B. (1985). Perinatal ethics: a practical method of analysis of obligations to mother and fetus. *Obstetrics and gynecology*, 66(3), 442–446.
- Childress J. F. (1990). The place of autonomy in bioethics. *The Hastings Center report*, 20(1), 12–17.
- Christie, J., & Bunting, B. (2011). The effect of health visitors 'postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 689–702.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.011>
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning Victoria Clarke & Virginia Braun. *The Psychologist*, 26, 120–123. Retrieved November 15, 2022, from https://www.researchgate.net/publication/269928387_Teaching_thematic_analysis_Overcoming_challenges_and_developing_strategies_for_effective_learning
- Correia, M. J. (2012). Impacto psicológico no puerpério: Ajustamento emocional, satisfação com o parto e confiança nos cuidados maternos. In S. Sereno (Ed.), *A Psicologia na Saúde da Mulher e da Criança: Intervenções, Práticas e Contextos numa Maternidade* (1st ed., pp. 22–35). essay, Placebo, Editora LDA.
- De Vries, R. (2017). Obstetric ethics and the invisible mother. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 7(3), 215–220. <https://doi.org/10.1353/nib.2017.0068>
- Delaunay, C., Augusto, A., & Santos, M. (2019). Invisible vulnerabilities: Ethical, practical and methodological dilemmas in conducting qualitative research on the

- interaction with IVF embryos. *Societies*, 10(7).
<https://doi.org/10.3390/soc10010007>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Factors associated with post-traumatic stress symptoms (PTSS) 4–6 weeks and 6 months after birth: A longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 221, 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.049>
- Diniz, C. S. (2003). *O que Nós como Profissionais de Saúde Podemos Fazer para Promover os Direitos Humanos das Mulheres Grávidas e no Parto*. São Paulo; Editora Tribo Faculdade de Medicina USP.
- Fan, S., Guan, J., Cao, L., Wang, M., Zhao, H., Chen, L., & Yan, L. (2021). Psychological effects caused by COVID-19 pandemic on pregnant women: A systematic review with meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 56, 102533. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102533>
- Gomes, S. C., Teodoro, L. P., Pinto, A. G., Oliveira, D. R., Quirino, G. da, & Pinheiro, A. K. (2018). Rebirth of childbirth: Reflections on medicalization of the Brazilian Obstetric Care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 71(5), 2594–2598. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0564>
- González-de la Torre, H., Rodríguez-Rodríguez, R., & Martín-Martínez, A. (2021). Recomendaciones y manejo práctico de la gestante con COVID-19: scoping review [Recommendations and practical management of pregnant women with COVID-19: A scoping review]. *Enfermería clínica (English Edition)*, 31, S100–S106. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.009>
- Guerra, M. J., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promotion of mental health in pregnancy and postpartum. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing, Special(1)*, 117–124. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0028>
- Gutman, L. (2019). *A Maternidade: e o encontro com a própria sombra*. (L. C. Cabral & M. L. Corullón, Trans.). Best Seller.

- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal Mental Health: A Review of Progress and challenges. *World Psychiatry, 19*(3), 313–327.
<https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Humenick, S. S. (2004). The need for birth stories on perinatal pain. *Journal of Perinatal Education, 13*(3), 2–3. <https://doi.org/10.1624/105812404x1699>
- Høgh, S., Navne, L. E., Johansen, M., Svendsen, M. N., & Sorensen, J. L. (2020). Postnatal consultations with an obstetrician after critical perinatal events: A qualitative study of what women and their partners experience. *BMJ Open, 10*(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037933>
- Høgh, S., Navne, L. E., Johansen, M., Svendsen, M. N., & Sorensen, J. L. (2020). Postnatal consultations with an obstetrician after critical perinatal events: A qualitative study of what women and their partners experience. *BMJ Open, 10*(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037933>
- J. F. Childress the place of autonomy in bioethics. (2013). *Arguing About Bioethics*, 324–332. <https://doi.org/10.4324/9780203717912-48>
- Ladeira, F. M., & Borges, W. A. (2022). Body colonization and women's objectification in the obstetric system. *Revista De Administração De Empresas, 62*(4).
<https://doi.org/10.1590/s0034-759020220406x>
- Ladeira, F. M., & Borges, W. A. (2022). Colonização do corpo E despersionificação da mulher no sistema obstétrico. *Revista De Administração De Empresas, 62*(4).
<https://doi.org/10.1590/s0034-759020220406>
- Lorenzo, F. P., & Olza, I. (2020). *Psicología del Embarazo*. Editorial Síntesis.
- Maia, B. R., Marques, M., Bos, S., Pereira, A. T., Soares, M. J., Valente, J., Macedo, A., & Azevedo, M. H. (2011). Epidemiology Of Perinatal Depression In Portugal Categorical and Dimensional Approach. *Acta Médica Portuguesa, 24*(2), 443–448.

- Martins, C. A., Siqueira, K. M., Tyrrell, M., Barbosa, M., Carvalho, S., & Santos, L. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Revista Eletrônica De Enfermagem, 10*.
- Matos, E. R., & Olza, I. (2020). *Psicología del Posparto*. Síntesis.
- McCarthy, M., Houghton, C., & Matvienko-Sikar, K. (2021). Women's experiences and perceptions of anxiety and stress during the perinatal period: A systematic review and qualitative evidence synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04271-w>
- National Geographic. (2018). *Pregnancy 101 | National Geographic*. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.youtube.com/watch?v=XEfnq4Q4bfk>
- Oberman, A. (2001). La Palabra en las maternidades: Una Aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate, 1*, 87. <https://doi.org/10.18682/pd.v1i0.525>
- Olza, I. (2017). *Parir: El Poder del Parto*. Penguin Random House Grupo Editorial, S. A. U.
- Olza, Ibone, Fernández Lorenzo, Patricia, González Uriarte, Ana, Herrero Azorín, Francisco, Carmona Cañabate, Susanna, Gil Sanchez, Alfonso, Amado Gómez, Esperanza, & Dip, María Emilia. (2021). Propuesta de un modelo ecosistémico para la atención integral a la salud mental perinatal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 41*(139), 23-35. Epub 04 de octubre de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000100003>
- O. M. S. (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- O. P. P. (2015). Programa Nacional para a Vigilância Da Gravidez de Baixo Risco- Contributo da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Lisboa.

- O. P. P. (2020). *COVID-19: Ordem dos Psicólogos*. COVID-19 | Ordem dos Psicólogos. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/COVID>
- Padez Vieira, F., Mesquita Reis, J., Figueiredo, P. R., Lopes, P., Nascimento, M. J., Marques, C., & Caldeira da Silva, P. (2022). Depression among Portuguese pregnant women during COVID-19 lockdown: A Cross Sectional Study. *Maternal and Child Health Journal*, 26(9), 1779–1789. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03466-7>
- Pascoe Leahy, C. (2020). The mother within: Intergenerational influences upon Australian matrescence since 1945*. *Past & Present*, 246(Supplement_15), 263–294. <https://doi.org/10.1093/pastj/gtaa041>
- Perez, A., Panagiotopoulou, E., Curtis, P., & Roberts, R. (2021). Barriers and facilitators to mood and confidence in pregnancy and early parenthood during COVID-19 in the UK: Mixed-methods synthesis survey. *BJPsych Open*, 7(4). <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.925>
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201–202. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.09.002>
- Remoaldo, P. C. A. (2005). Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século Xxi. *Cuadernos Geográficos*, (36), 553–561.
- Sami-Ali, M. (2001). *Le Corps, l'espace et le temps* (2nd ed.). Dunod.
- Santos, I. G., Oliveira, P. P., Roos, M. D., Benedetti, F. J., Teixeira, D. A., Rangel, R. F., & Costenaro, R. G. (2021). Importância do acompanhante e do Contato Pele a pele no parto e no Nascimento. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 11(36), 268–275. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.268-275>

- Santos, M. J. D. da S. (2012). (dissertation). *Nascer em casa: a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. Retrieved November 10, 2022, from <http://hdl.handle.net/10071/4684>
- Santos, T. M., & Costa, F. M. de L. (2017, June 8). A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL. *Revista Cultural e Científica do UNIFACEX*.
- Shilling, T. (2009). New Resources for Childbirth Educators and parents. *Journal of Perinatal Education*, 18(4), 56–63. <https://doi.org/10.1624/105812409x474816>
- Silva, J. F., Sousa, E. O., Alves, B. R., Ambrósio, L. D., Oliveira, I. M., Berger, A. Z., Martins, V. M., Moura, L. C., Santos, K. L., Barcellos, L. G., Paula, S. L., Martins, Y. C., Sousa, Y. F., Cardoso, M. Q., & Cunha, M. S. (2021). Benefícios da Participação Paterna no Ciclo Gravídico puerperal para a consolidação do Trinômio Mãe-pai-Filho. *Research, Society and Development*, 10(11). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19927>
- Silverio, S. A., De Backer, K., Easter, A., von Dadelszen, P., Magee, L. A., & Sandall, J. (2021). Women's experiences of maternity service reconfiguration during the COVID-19 pandemic: A qualitative investigation. *Midwifery*, 102, 103116. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103116>
- Stern, D. N. (2006). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. Karnac.
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *The birth of a mother: How motherhood changes you forever*. Basic Books.
- TED Talks. (2018). *A new way to think about the transition to motherhood*. Retrieved November 14, 2022, from https://www.youtube.com/watch?v=jOsX_HnJtHU
- Teti, M., Schatz, E., & Liebenberg, L. (2020). Methods in the time of COVID-19: The vital role of qualitative inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/160940692092096>

- Thomas Schwenke. (2021). *Pregnancy - How a Wonder is Born! Pregnancy - How a Wonder is Born! (Animation)*. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.youtube.com/watch?v=izOa3-AX8zQ>
- Thomas, T. (2010). Becoming a mother: Matrescence as spiritual formation. *Religious Education*, 96(1), 88–105. <https://doi.org/10.1080/00344080117878>
- Venezuela, R. de B. (2020, April 24). COVID-19: Recomendaciones para el cuidado integral de mujeres embarazadas y recién nacidos en la República Bolivariana de Venezuela Dirigidas a proveedores de salud. Caracas; Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- W. H. O. (2020, September 1). *Increasing understanding of the impact of COVID-19 for pregnant women and their babies*. World Health Organization. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.who.int/news/item/01-09-2020-increasing-understanding-of-the-impact-of-COVID-19-for-pregnant-women-and-their-babies>
- W. H. O. (2022, March 2). *COVID-19 pandemic triggers 25% increase in prevalence of anxiety and depression worldwide*. World Health Organization. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-COVID-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- W. H. O. (2022, March 15). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19): Embarazo, Parto Y Puerperio*. World Health Organization. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-COVID-19-pregnancy-and-childbirth>
- W. H. O. (n.d.). *Mental health and COVID-19*. World Health Organization. Retrieved November 10, 2022, from <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-COVID-19>
- W. H. O. (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/362880>. License: CC BY-NC-SA 3.0
IGO

W. H. O. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: executive summary. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/353586>. License: CC BY-NC-SA 3.0
IGO

Zecchinelli, Josie (2021). Curso Psicologia da gravidez, parto e puerpério para profissionais de saúde. Instituto de Maternidade Consciente. <https://www.maternidadeconsciente.com.br/curso-de-psicologia-da-gravidez-parto-e-puerperio>

ANEXO A: Guião da Entrevista

- Como e quando decidiu ter filhos?
Como foi descobrir/perceber que estava grávida?
- Como descreve a sua gravidez?
Pode partilhar como a sua vivência da gravidez?
- Como foi parir? Como descreve a sua experiência de Parto?
- Como descreve o seu pós-parto? Como descreve a sua experiência de pós-parto?
- Houve alguma coisa que tenha considerada positiva pelo facto de viver este período em tempos de pandemia?
- O que considera que foi mais negativo no processo por vivê-lo em tempos de pandemia?
- Considera que a pandemia influenciou a foi como é mãe?
- Durante este período teve contacto ou sugerida lhe foi sugerido algum acompanhante de saúde mental?

ANEXO B - Consentimento Informado

Consentimento informado relativo a investigação sobre experiência perinatal em tempo de pandemia

Gostaria de convidá-la/o a participar num estudo, realizado por Rita Leite Prudente, inserido no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, realizada no ISPA- Instituto Universitário sob orientação do Prof. Doutor António Gonzalez e do Prof. Doutor Mário Santos.

Esta investigação tem como objetivo conhecer em profundidade a vivência psicológica de experiências perinatais em tempo de Pandemia COVID-19 em Portugal. Ao concordar em participar nesta investigação, ser-lhe-á pedido que se encontre com a investigadora através da plataforma Zoom, numa data e horário acordado previamente, para a realização de uma entrevista com a duração prevista de cerca de 1 hora.

A entrevista será gravada, transcrita e anonimizada. Estes dados serão armazenados em local seguro e apenas a investigadora e os respetivos orientadores a eles terão acesso. Toda a informação recolhida e tratada será mantida confidencial, através da utilização de códigos para guardar as entrevistas (em formato áudio ou transcrito).

O seu tratamento terá apenas a finalidade decorrente deste estudo, não será utilizado para qualquer outro fim. Excertos da entrevista podem ser publicados em produções científicas decorrentes deste estudo (teses, artigos científicos, entre outros), mas não serão utilizadas informações que possibilitem a sua identificação, de forma a garantir o anonimato.

A sua participação é voluntária, pelo que pode interromper a sua colaboração no estudo ou remover o seu consentimento a qualquer momento.

Os potenciais benefícios relacionados com a sua participação ligam-se à possibilidade de poder expressar livremente a sua vivência pessoal, contribuindo, com o seu testemunho, para a ampliação do conhecimento na área da psicologia perinatal e para uma maior reflexão e adequação dos serviços de atendimento perinatal portugueses. Reconhecendo o benefício da expressão e escuta das histórias pessoais e tendo em conta

que, para algumas pessoas pode ser difícil falar sobre a sua experiência de perinatalidade, principalmente sobre componentes menos positivas, cada entrevista será feita respeitando o ritmo do participante podendo ser interrompida a qualquer momento e retomada quando for considerado adequado. Não são espectáveis desvantagens ou riscos relevantes associados à sua participação.

No final do estudo ser-lhe-ão enviados, caso manifeste para tal interesse, por via do contacto que disponibilizar, os resultados gerais no formato da dissertação. Quaisquer questões ou dúvidas que tenha podem ser esclarecidas com a investigadora ao longo do processo de investigação.

Consentimento Informado

1. Confirmo que li e compreendi a informação acima descrita e que me foi dada a possibilidade de considerá-la, fazer perguntas e obter respostas satisfatórias.

2. Compreendo que a participação neste estudo é livre e por escolha própria e que poderei abandonar o estudo a qualquer momento.

3. Compreendo que os dados recolhidos neste estudo, uma vez anonimizados, poderão ser usados em produções científicas, nas condições acima descritas.

4. Concordo participar no estudo acima descrito.

Data: _____

Este consentimento Informado foi feito e assinado em duplicado, ficando um exemplar na posse da investigadora e outro na posse da participante.

Assinatura da participante

Assinatura da investigadora

ANEXO C- Tabela dos dados agrupados por tema

TEMA 1-FATORES PROTETORES DA EXPERIÊNCIA PERINATAL

1.1 BOLHA
<i>P1- “E, bem, foi super fixe porque nós não tivemos interferência de ninguém. Estivemos só nós os três. Tivemos esta adaptação muito tranquila de bebê. Uma chegada de um bebê.”</i>
<i>P2- “(...) acabou por ser positivo no sentido que estava em casa, tivemos sempre em casa, tivemos sempre a família toda junta, não é? Mesmo para o A, que é o mais velho acabou por ser muito positivo estarmos aqui todos juntos sempre. E não sentimos, eu acho que na minha perspectiva, não sentimos tanto o impacto da pandemia nesse tempo. Não sentimos porque estávamos todos aqui.”</i>
<i>P2- “O T (companheiro) esteve em casa o mês de licença mais o resto do tempo todo, de pandemia que durou e onosso filho mais velho também teve sempre em casa. E aí acabou por ser maravilhoso. Estávamos sempre aqui na nossa bolha.”</i>
<i>P2- “Eu acho que ele... acho que foi bom para ele, porque sentiu que eu não fugi ou que não ia desaparecer, não é? Não teve aquela que, às vezes os filhos mais velhos podem quando as mães estão muito tempo num hospital e depois vêm com um bebê novo, e eles - OK, que é que está a acontecer a minha mãe ou ela desapareceu, ela vai fugir e agora vem com outro. Acho que ele não sentiu isso. Acho que ele, ele sempre, pronto... ele era muito carinhoso com o irmão e sentiu aqui tudo como se... teve sempre aqui, não é? E sentiu parte, sentiu fazer-se parte sempre.”</i>
<i>P2- “Ainda bem que houve, porque o A (filho mais) estava aqui, estivemos aqui, estamos todos aqui, foi... acabou por ser bom.”</i>
<i>P2- “Mas estávamos muito aqui na nossa bolha, não estávamos preocupados, tínhamos que arranjar a casa porque vinha cá alguém e tínhamos que ter as coisas mais ou menos orientadas. Estávamos mesmo descontraídos.”</i>

<i>P3- “Nós estivemos efetivamente os 3 numa bolha durante 3 dias, naquela nossa primeira bolha a aprender a conhecer-nos e isso acabou por ser muito bom.”</i>
<i>P3- “Portanto, tivemos sempre os 3 muito em casa, a gozar muito o nosso bebé.”</i>
<i>P4- (o mais positivo de ter vivido a perinatalidade em pandemia) “(...) o ter sido obrigada a ter tempo para mim e para os cáde casa (...) isto é horrível de admitir, mas obrigou-me a olhar para dentro, obrigou-me a desacelerar.”</i>
<i>P6- “Uma delas foi... foi um tempo muito... em... em... portanto em... reservado para nós os três, sabes? Era eu, o G(bebé) e o meu namorado (pai). E a nossa cadela, a L, na realidade, de nós os quatro. Mas foi muito bom!”</i>
<i>P6- “(...) foi ali um momento que dificilmente se irá repetir na minha vida. Um momento de... lá está... de, de bolha, de estarmos só os quatro aqui numa ilha só, só entre nós.”</i>
<i>P7- “Tive sempre, sempre, sempre com o R (companheiro)também em casa, porque ele também está desde sempre em teletrabalho. Portanto, estamos sempre juntos, e isso foi muito bom. Mesmo depois de ele voltar a trabalhar, porque ele também fez... Nós fizemos licença partilhada. E mesmo ele, voltando a trabalhar, estava em casa. Portanto, eu nunca, praticamente, estive sozinha com o bebé. E isso também, para mim, foi ótimo.”</i>
1.2 MICROSSISTEMA
Contacto com o bebé
<i>P1- “ Então, quando ela está a nascer, eu agarrei na I. Bem, foi uma sensação... Até fico emocionada (lágrimas). Foi mesmo... foi único. Foi único mesmo. Foi assim incrível, incrível, incrível, porque, por um lado foi aquele medo todo que nós estávamos a sentir, aquela pressão toda que eu senti até ao momento do parto... E, por um momento, foi... Eu consegui isto. Nós conseguimos fazer isto.”</i>
<i>P1- “A partir do momento em que a tive nos braços ficou tudo mais leve. Bem mais leve.”</i>
<i>P1- “Depois chegámos a casa, e o A (pai) pegou logo nela. Porque ele não tinha pegado nela até então. Então foi assim uma emoção muito, muito forte(...)”</i>

<i>P2- “E, quando eu o ponho em cima de mim, eu penso, como é que é possível ele ter saído daqui? Como? E foi assim uma sensação de êxtase, de êxtase mesmo!”</i>
<i>P4- “(...) primeira noção de realidade que tive foi realmente quando a tinha nos meus braços, que veio ali mesmo um... um carinho!”</i>
<i>P6- “E... pronto... e... também ajudou imenso o facto de quando eu cheguei a casa, quando eu finalmente cheguei a casa, e dei a maminha ao G ele agarrou na maminha como se fosse a coisa mais natural do mundo, e a maminha tivesse estado sempre lá. Isso ajudou imenso, e foi fundamental para eu conseguir virar esta página e... embora me emocione quando falo disso, epah é a diferença entre eu ter entrado, podia ter entrado ali numa situação de profunda, de profunda...”</i>
Apoio percebido do companheiro
<i>P2- “(...) o T (marido) também acabou por ser um grande ponto de apoio, não é? Porque pronto como é? Estar aqui em casa, o apoiar ou estar aqui.” (parto)</i>
<i>P4- “(...) com imenso conforto quando o meu marido me apoiava.” (parto)</i>
<i>P4- “E eu acho que isto foi muito importante, ahh... porque me tirou daquele loop, custou... ter o meu marido outra vez ao lado para achar que as noites corriam bem e de manhã estava lá e acabei a minha formação.” (pós-parto)</i>
<i>P4- “(...) sentia era que ele ali era tipo a minha salvação.” (pós-parto)</i>
<i>P5- “Portanto foi um grande apoio e o meu marido.” (parto)</i>
<i>P6- “O pai foi um pai incrível, que ficou com ele de segunda a quinta sozinho. Mas que adorou a experiência. Ele ainda hoje é muito orgulhoso de dizer que ficou com o filho sozinho.” (pós-parto)</i>
Saúde e bem estar
<i>P1- “Uma hora e qualquer coisa levantei-me. Estava mesmo bem, sentia-me super bem.” (puerpério)</i>
<i>P3- “Tivemos sempre os dois muito bem e isso acabou por me descansar bastante o coração e a cabeça.” (durante o parto)</i>
<i>P3- “Foi uma cesariana - a nível de dores não posso dizer que tenha sido difícil. Era como eu dizia: se fosse pelo parto e pela cesariana, pela questão da dor, eu teria tido logo outro a seguir porque não me custou minimamente nada.”</i>

<i>P4- “Ah, não sei, fisicamente sentia-me muito bem. Eu acho que isso é um impacto direto do tipo de parto que tens. Ahhh... e da maneira como te estás a tratar e do descanso, fisicamente realmente eu estava... sentia-me bem.”</i>
<i>P7- “E o facto de poder ter a minha mobilidade, poder-me levantar, poder tomar banho sozinha, poder-me levantar para comer, para cuidar dele... Isso para mim, no meio disto tudo, foi algo que eu considero positivo.”(puerpério)</i>
Sucesso da amamentação
<i>P3- “O mais positivo, eu diria a nossa história da amamentação ter tido tanto sucesso. Sem dúvida.”</i>
Ser mãe
<i>“P6- “Opah, coisas positivas, quer dizer, o simples fato de ser mãe é o mais positivo de tudo, de toda a experiência.”</i>
<i>P7- “Ah, foi concretizado um sonho, não é? Portanto, obviamente que o positivo supera muito as coisas negativas, quer dizer. Ele é um bebé que é tudo aquilo que nós queríamos. Nem sequer já imagino a minha vida sem ele cá em casa. [Risos] Portanto, acho que nesse sentido é do mais positivo que possa existir. E eu gosto sempre mais da fase em que estou a viver. Ou seja, eu cada vez que estou numa nova fase, não tenho saudades nenhuma da anterior.”</i>
Local de Parto (parto domiciliário)
<i>P2- “Portanto, foi quase como OK. Ainda bem que vamos ter o parto em casa, porque se tivéssemos que ir para o hospital aí ser ia ser complicado. Já ser é complicado lá. Uma pessoa vê-se com a sua liberdade um bocado condicionada, não é?”</i>
<i>P2- “É mais, é mais solitário, era mais. Já imaginava isso, não é? Se tivesse que haver essa transferência para o hospital, não é, a pessoa imagina, nem sequer... não pode ter a doula, não pode ter o pai não pode ter ninguém. Tem que haver teste negativo daqui, dali. E se dá positivo, não é? E gera mais ansiedade, não é? Acaba por gerar mais ansiedade. “</i>
Experiência anterior
<i>P4- “E acho que a minha experiência de ser o quarto respeitava-me muito os níveis de cansaço.”</i>

P4- *“Se era super alinhada ali com as minhas coisas todas? Não, mas era a minha quarta filha e portanto isto é fazia uma grande diferença. Ahhh... eu gostava muito da Enfermeira e gostava bastante da Médica, mas já tinha este nível de conforto de: eu fazia o que achava e partilhava o que queria.”*

1.3 O MUNDO

Cuidadores Formais

Profissionais perinatais

P1- *“Eu falei com uma das enfermeiras do centro de saúde. Aliás, falei com duas.”*
(acessibilidade/continuidade)

P1- *“Em relação à bebé conseguimos um contacto do centro de saúde, porque na altura pus no Instagram se alguém conhecia alguma enfermeira que vinha a casa, e então conhecemos quem hoje em dia é a enfermeira que lhe dá as vacinas, para fazer o teste do pezinho”* (acessibilidade)

P1- *“E o V (pediatra) que também vinha a casa na altura. É o pediatra do meu filho mais velho que, como eu já tinha o contacto, foi rápido, foi fácil, e ele veio a casa também, fazer as primeiras consultas.”* (acessibilidade/continuidade)

P1- *“No meio disto tudo, eu estava sempre em contacto com a enfermeira do centro de saúde, que me ensinou a fazer o toque. E então eu sentia já estar com os dois dedos de dilatação. E estava mesmo.”* (acessibilidade/continuidade)

P2- *“Senti-me super segura, super bem acompanhada, portanto, com a EESMO, como com a doula, como com a EESMO que também esteve cá. Senti-me sempre bem acompanhada”*

P2- *“Pronto durante o parto, foi a doula. Não sei, ela transmite assim uma calma e uma paz. Eu acho que todas as doulas transmitem, não é? Mas pronto. Mesmo assim, uma relação especial com ela e sei lá desde que ela chegou aqui, a casa que eu tipo, entreguei e pronto e deixei tipo nas mãos dela, nas mãos dela no sentido, não pensei em mais nada, só estava ali focada no meu corpo, no bebé, e pronto e nas contrações. Eu estava ali, focada naquilo. E eu acho que ela foi um grande, um grande ponto de apoio.”*

<i>P2- “E a EESMO pronto, não há grande coisa a dizer que ela também a presença dela também enche uma sala e pronto, acho que foram mesmas as pessoas certas. E acho que isso faz toda a diferença.”</i>
<i>P3- “Acabei por ter alguns dos profissionais, meus colegas, comigo _durante o parto_, o que também acaba por nos dar ali um descanso diferente” (relação anterior)</i>
<i>P3- “O estar lá sozinha também não foi muito difícil, na realidade. Não me senti sozinha porque tinha lá muita gente que eu conhecia, porque... Hoje em dia, é o meu local de trabalho. Portanto, eu já tinha lá muita gente conhecida, portanto acabava por estar sozinha, mas nunca estar sozinha. Sempre que eu precisasse de alguma coisa, eu mandava uma mensagem a alguém, e aparecia lá alguém. E isso eu tenho consciência que isso ajudou muito ...” (relação anterior)</i>
<i>P4- “senti-me sempre muito bem acompanhada... a todos os níveis, mesmo sendo durante uma pandemia (...)”</i>
<i>P4- “Ah, e alguns telefonemas, só porque o Obstetra como estava de férias, depois quando soube da história ligou-nos logo. Portanto, ali um... uma relação muito, muito fixe.” (proximidade/continuidade)</i>
<i>P4- “lembro que a médica que estava de serviço estava ... pah..... muito politicamente, ou muito educada ali a tentar (...) reforçar as nossas escolhas na maneira que foi super ahhh... bonita de ver (...)mas vamos tentar ouvir este casal” respeito pelas escolhas)</i>
<i>P4- “tínhamos uma equipa ali à nossa espera, que era muito engraçado. Que diziam: Bem, sabem, normalmente, os bebês chegam ainda dentro da barriga. (Risos), não chegam fora... Mas fomos super bem tratados, super bem recebidos. E eu acho que isso ainda tornou a experiência mais positiva, porque esta chegada ao hospital também de algumas histórias que eu sabia, podia ser assim um bocadinho mais atribulada e a verdade é que foi uma chegada, que fomos recebidos ... super bem.” (simpatia/não julgamento)</i>
<i>P5- “Ao longo de toda a gravidez e eu sentia assim alguma ansiedade, queria ver constantemente se estava tudo certo e queria também algum... algum acompanhamento mais especializado” (cuidados especializados)</i>
<i>P5- “a enfermeira que esteve comigo foi impecável”</i>

<p>P6- “(...)um acompanhamento misto, como sempre fui seguida pelo meu ginecologista, que também é obstetra no privado, acabei por optar por ser seguida por ele na gravidez também. Mas ao mesmo tempo tinha o meu médico de família que era uma pessoa bastante disponível.” (disponibilidade)</p>
<p>P6- “Tive imensa sorte, porque outro... tive dois médicos comigo (durante a cesariana), o meu médico e um outro médico que por acaso é meu cliente. Eu agente de viagens e ele é meu cliente, foi uma enorme coincidência. Portanto, senti-me super bem acompanhada.” (relação anterior/continuidade)</p>
<p>P6- “enquanto o bebé lá esteve, as... as... as enfermeiras da Neonatologia tinham que usar o seu próprio telemóvel para fazer chamadas... videochamadas comigo para eu poder ver o bebé. Era assim que eu o via. Houve uma... uma pessoa que não o fez, mas de uma forma geral, todas elas faziam. Eram muito simpáticas e todas elas faziam.” (empatia e sensibilidade)</p>
<p>P6- “tive a sorte no meio disto tudo, de ter uma equipa de COVID, que estava no COVID, que era incrível. Os médicos, as enfermeiras, também muito sensibilizadas com a situação, por me saberem ali recém mamã, sem o meu filho. Eram todas muito queridas, muito, muito... simpáticas, muito disponíveis.” (empatia e sensibilidade)</p>
<p>P7- “Mas eu acho que em termos de acompanhamento a minha médica também gostava muito do acompanhamento dela. Uma pessoa que me tranquilizava muito. Porque eu sou muito ansiosa.” (tranquilizadora)</p>
<p>P7- “Ela já me conhecia. E foi-me conhecendo melhor ao longo da gravidez, não é? Eu também descobri a gravidez muito cedo. Eu às 4 semanas descobri que estava grávida. Por isso, foi logo muito desde início que fui acompanhada. E, portanto, obviamente que ela também me foi conhecendo, e foi percebendo o que é que me incomodava, o que é que me deixava ansiosa. É mais por aí.”(continuidade)</p>
<p><u>Situação Profissional</u></p>
<p>P1- “Vivi muito tranquila, porque deixei de trabalhar, foi ótimo! E isso ajudou-me imenso, porque o trabalho era muito stressante. E mesmo dentro do trabalho era um stress enorme. Na altura, depois eu estive para voltar para trabalhar, e a minha chefe disse: não, não. Tu não vais voltar. Vais ficar em casa tranquila a viver essa gravidez.”</p>

P3- *“Acho que outra vantagem que eu acho que o COVID me trouxe: o meu marido trabalha muito e ele estava em casa connosco. Portanto, ele não iria gozar a licença da maneira que gozou nesse pós-parto alargado, que tivemos os 2 meses inteiros fechados em casa.”*

P4- *“O facto de também não estar a trabalhar mudou. Acho que teve assim, consequências muito notórias.... ahhh... por exemplo na amamentação, não é?! Que, como não acontecia nada, estava sempre disponível para a minha bebé.”*

P7- *“Eu, de vez em quando, ainda vou ao escritório, desde que recomecei. Mas é uma coisa que eu decido quando vou. Não tenho obrigatoriedade de ir todos os dias para Lisboa, ir e vir. E eu sinto que, no meio disto tudo, isso foi uma coisa mesmo muito positiva. Poder ficar em teletrabalho. Tive a minha gravidez toda em teletrabalho. Eu nunca precisei de sair de casa. Tive sempre, sempre, sempre com o meu companheiro também em casa, porque ele também está desde sempre em teletrabalho. Portanto, estamos sempre juntos, e isso foi muito bom. Mesmo depois de ele voltar a trabalhar, porque ele também fez.”*

Literacia

P1- *“E então fiz uma preparação para o parto espetacular, no Centro de Saúde (...). Acabei por estar com as duas enfermeiras. E foi muito produtivo, mesmo. Na altura eu até queria que a enfermeira X fosse minha doula, mas ela já não estava nem aí para ser doula. E então decidimos que não iríamos ter doula, mas que eu iria tentar absorver o máximo de informação.”*

P1- *“Eu disse "olhe, eu tenho imenso respeito pelo seu trabalho..." E isto foi uma das coisas que me disseram, na preparação para o parto, para fazer. "Eu tenho imenso respeito pelo seu trabalho, percebo perfeitamente que não o consiga fazer, e então eu peço por favor para chamar uma colega que o saiba fazer. Porque eu não quero parir deitada.”*

P4- *“Acho que a formação da Doulas me trouxe ainda depois muito mais informação, muito mais ahhh... ehhh... não sei, não é só a informação eh... sim informação... achar como queria viver algumas coisas ou da maneira como queria viver o meu pós-parto.”*

P5- *“Eu era uma pessoa, sou uma pessoa, muito interessada, quero saber tudo, então li imenso, sabia tudo quanto havia para saber, informei-me imenso, então pronto, sabia que estava tudo controlado.”*

P5- *“O pós-parto, lá está, não é um período fácil, mas apesar de todas as dificuldades, eu não fui apanhada de surpresa. Como eu me informei muito, sabia de todas as dificuldades que podiam surgir, ahhh... eu encarei com muita normalidade e muita, muita paz, todas... todas as dificuldades e as próprias dificuldades físicas que temos ao início, o corpo está todo... está todo dorido.”*

Cuidadores Informais

Apoio de outras mães

P1- *“Estamos todos a ficar fechados em casa. Obviamente que isto vai ajudar e vai apaziguar a coisa, mas se isto está a acontecer, e a tua bebé vai ter que nascer, tu tens que te acalmar. Porque, se tu não te acalmares e ficares a viver no medo, ela não vai querer nascer. E aí passado tempo, aí sim vais ter que ir para indução, e não é isto que tu queres.” Bem, nisto... Esta conversa foi incrível!”*

P5- *“Grande parte das minhas amigas já... já são mães, eu até fui das últimas. Portanto, acabei até por vários assuntos me aproximar.”*

P7- *“A nível emocional, sinceramente, foram aqui umas amigas minhas, também. Outras pessoas que eu já conhecia, que tinham filhos, porque eu acho que é sempre diferente falar com quem já tem filhos, porque já passou pelo mesmo, mesmo que a experiência não tenha sido igual. Há sempre alguma coisa que bate lá”*

Família e amigos

P2- *“Para nós foi fácil porque temos uma cunha no registo. Temos um amigo que trabalha lá no registo e, portanto, foi facilimo. O meu marido foi lá ter com ele 2 ou 3 dias depois e ele fez aquilo sem problema nenhum. Não aí não tivemos, não tivemos problema”*

P3- *“Tivemos muitos amigos também que ajudaram, por exemplo, a nível de farmácia, quando era preciso alguma coisa. Tenho uma amiga que era farmacêutica e que ela se disponibilizava sempre a vir ajudar a entregar as coisas.”*

P4- *“Então isto já estava tudo combinado com a família, o meu pai veio buscá-las... E depois dele as vir buscar...”*

P7- *“É assim, eu acho que foram as nossas mães. As nossas mães foram aqui um grande apoio, sinceramente. Eu não sou nada aquela pessoa que não quer... É assim, eu não queria muito mas eu diria que as nossas mães foram um grande apoio, portanto, eu não tinha que me preocupar com nada. A verdade é essa. Aparecia comida, aparecia roupa lavada... pronto. E nesse aspeto foi um grande apoio”.*

Atitude não invasiva

P1- *“Na altura não estava a ver muito bem, mas hoje em dia sou muito grata à pandemia, porque eu vivi um pós-parto muito tranquilo a nível desta coisa das visitas.”*

P1- *“Eu, por um lado, estava super bem de estar ali no hospital. Tranquila. Porque ninguém me chateava. Como era a época de COVID, ninguém interferia com nada. Mesmo. Obviamente que eu preferia ter ficado em casa, mas, dentro de tudo, eu até pensei “não estou nada mal.”*

P1- *“As visitas... Eu tinha mesmo dito a toda a gente que eu não queria ninguém durante os primeiros quinze dias. As únicas pessoas que estavam autorizadas a vir cá a casa eram a minha mãe e a minha sogra. O universo ouviu-me, e durante quinze dias não tive ninguém. Nem mãe, nem sogra. [Risos]”*

P2- *“Mas estávamos muito aqui na nossa bolha, não estávamos preocupados, tínhamos que arranjar a casa porque vinha cá alguém e tínhamos que ter as coisas mais ou menos orientadas. Estávamos mesmo descontraídos. Pronto! E foi mesmo bom. É mesmo muito bom.”*

P3- *“Uma coisa que considerei até boa do COVID - não se pode dizer também que seja tudo mau - não haver visitas pronto.”*

P3 *“Acredito que o COVID ajudou em muito, porque senão é muito difícil nós dizermos às pessoas: não, não vão.”*

P4- *“trouxe alguma privacidade ou me obrigou a parar de uma certa maneira, que, quando olho para trás, se calhar até foi... muito bom ahhh... ou... pronto, porque teve ser e que eu normalmente tenho mais dificuldade em por estes limites, portanto até é curioso.”*

<i>P5- “Às vezes as pessoas não têm muito essa noção e na pandemia não houve essa... essa stress. Porque, toda a gente sabia que não devia incomodar.”</i>
<i>P5- “e quem vinha sabia que tinha regras de higiene a cumprir, portanto nós nem sequer tínhamos que exigir grande coisa, enquanto que amigas minhas que tiveram bebês em anos anteriores, eu lembro perfeitamente de eu ir visitar e elas terem já a... o desinfetantezinho.”</i>
<i>P6- “não é por maldade das pessoas, mas as pessoas têm aquela ansiedade de viver o bebê, de ir ver o bebê, e... e eu estava um bocadinho preocupada com isso, mas felizmente, por este contexto todo, ficamos muito protegidos disso.”</i>

TEMA 2-FATORES BARREIRA DA EXPERIÊNCIA PERINATAL

2.1 MICROSSISTEMA
Desconfortos e Patologias
<i>P1- “Foi um início de mastite. Tive aquela febre, mama vermelha.”</i>
<i>P3- “Quando descobri que estava grávida, passado mais ou menos 23 dias, tive uma hemorragia com um pequeno descolamento, portanto fiquei assim um bocadinho restrita a trabalhar e a todas essas questões mais físicas logo desde o início. Depois eu voltei a ter perdas outra vez no segundo trimestre, portanto, foi uma vida assim um bocadinho mais atribulada e mais sossegada. Ele depois também teve uma restrição de crescimento in utero logo desde as 20 e poucos semanas, portanto, sempre ali, uns sustozinhos a acompanhar a questão.”</i>
<i>P3- “Depois no pós-parto, foi o peso do bebê. Portanto, o meu filho é Slim Fit.”</i>
<i>P3- “Na gravidez, o mais difícil foi a partir das 34 semanas eu tive que tentar ao máximo não fazer esforços mesmo excessivos, porque não chegava lá. A comida não lhe chegava lá, pronto. Ele tinha alteração. A ecografia dava alterações nos fluxos, portanto eu tinha que tentar ao máximo descansar, beber muita água, não me</i>

<i>estressar. Eu sou uma pessoa umbocadinho ansiosa e stressada com muitas coisas, portanto, gerir isso foi difícil. Para mim, quem me conhece eu sou uma pessoa, tipo, quase ligada à corrente elétrica, normalmente. Por isso foi muito difícil essa parte. “</i>
<i>P3- “Mas no fim, tive outra vez o mesmo susto, uma restrição grave de crescimento em que tivemos que ter um parto quase de... Não foi de urgência, mas foi quase, porque tinha alterações na ecografia, e nasceu com 36 semanas.”</i>
<i>P4- “(...) são com uns enjôos e vômitos enormes, o que me tiram muita, muita energia, tiram-me... olha, tira-me quase tudo. Fico assim mesmo num estado de muita dificuldade, sem conseguir fazer o que quer que seja durante o dia, no dia-a-dia. Quase mesmo dificuldade em estar contente com qualquer que seja que esteja a acontecer, porque só me sinto mesmo miserável.”</i>
<i>P5- “(...) tipo uma semana ou duas depois, a questão das hemorróidas, que eu nunca tinha tido, não sabia o que era isso e que me pareceu nessa altura, e que é muito chato”</i>
<i>P5- “uma ligeira incontinência”</i>
<i>P5- “Descobrir estar grávida foi... foi uma alegria grande porque era uma coisa que queria. E, foi tranquilo embora emocionalmente assim, o primeiro trimestre, é um bocadinho mais complicado, há sempre aquele receio... Eu tinha passado por uma perda gestacional numa gravidez anterior. Então foi assim um primeiro trimestre assim um bocadinho receoso, mas depois foi tranquilo.”</i>
<i>P6- “Olha a minha gravidez, foi uma gravidez muito difícil, foi muito desejado, já tinha tido um aborto espontâneo às nove semanas e portanto já andava a tentar há algum tempo engravidar.”</i>
<i>P6- “E ele estava extremamente preocupado com o desenvolvimento do bebé precisamente pela minha questão toda da comida, o bebé não... não engordava e a minha placenta estava muito envelhecida.”</i>
<i>P6- “Os médicos onde eu estava, disseram que aquilo era um efeito da anestesia, ou seja, que anestesia, às vezes a epidural fica a libertar... rompe a membrana... e a membrana fica a libertar um líquidozinho que faz... que tem este efeito.”</i>
<i>P7- “Eu vivi a minha gravidez muito enjoada. [Risos] Portanto, desde praticamente do início que foi, até ao dia em que ele nasceu”</i>

P7- *“Tive uma perda de sangue no início da gravidez às cinco semanas, seis. Mas também foi uma coisa que rapidamente se resolveu.”*

Reorganização familiar

P1- *“Pronto, mas isto é algo que viemos a trabalhar durante muito tempo. Ou seja, só passados dois anos e meio da bebé nascer é que nós estamos mesmo bem, e estamos mesmo alinhados. Pronto, isto foi uma grande adaptação a um bebé, ser pai..”*

P1- *“No início da pandemia, uma das coisas que nós decidimos foi que o meu filho mais velho, ficasse com o pai, porque essa semana era a semana do pai. Nós temos guarda partilhada. E então, nessa semana, ele ia ficar com o pai. Então tivemos que esperar 15 dias até ele vir para o pé de mim, mas isso foi um sufoco ainda maior. Para além da gravidez, eu estava longe do meu outro filho”*

P1- *“Vamos passar os 15 dias, que eram aqueles 15 dias da quarentena... E depois ele vem cá para casa, até eu entrar em trabalho de parto. E depois só poderia vir 15 dias depois. Isso foram umas técnicas que deram no hospital, porque não se sabia nada, e não se sabia se eu poderia vir com o COVID para casa, e então não poderíamos estar com ninguém durante 15 dias. Inclusive o meu filho.”*

P1- *“O meu filho mais velho, cada vez que ia para casa do pai... Pronto, ele estava com 11 anos ou 12, ia para casa dos amigos de férias, depois apanhámos a parte do verão, não é? Se ele ia a uma festa era um drama... Então, eu sentia uma grande pressão. Eu sentia mesmo um peso enorme. E essa foi a primeira vez que eu me quis separar. E eu disse: olha, se tu continuas assim, acabou-se. Nós não podemos ter esta relação porque eu não consigo viver assim.”*

P1- *“Então, eu senti também este lado de... Casal, deixou de existir, porque ele estava muito focado na bebé. E cagou completamente para mim. Então pôs-me assim um bocado de parte. Pensou "OK, ela é um bebé, portanto ela está a precisar de mais atenção" e o lado da mulher descuidou completamente. Apesar de dar-me o pequeno-almoço à cama, essas coisas todas. Quando me via a chorar não sabia bem como havia de reagir.”*

P2- *“E então foi tipo chegar e a educadora tirou-mo do colo, e adeus até logo. Ia morrendo, não é? Ele no primeiro dia não percebeu nada, não é? Não sabia o que é*

que se estava a passar. Quando fui busca-lo passado 1 hora, ele estava num pranto e foi muito difícil e então nós acabamos por desistir. Ele foi 2 dias à escola... não foi 3. Tentámos aqueles 3 dias, aqueles 3 dias foram um pesadelo e ele só teve lá 1 hora. E nós dissemos: OK? Não. E então desistimos da escola e pronto.”

P2- “Eu acho que para nós, o que teve mais impacto neste tempo todo de pandemia foi mesmo a escola, foi mesmo a escola.”

P3- "Agora ficaste sem mãe, tipo de um dia para o outro. Assim, de repente, a mãe está aqui, mas não está, está aqui só a fazer figura sentada no sofá." Isso foi difícil efetivamente”

P4- “Sim. Ahhh... bem... Há uma mudança muito grande a nível familiar que foi a perda da minha mãe. E isso fez um impacto brutal ahhh... por a minha mãe, a nível de... bem de tudo, de relação e de apoio seria sempre a pessoa número um a chamar.”

P7- “Eu não gostei dos primeiros meses, muito sinceramente. Era um ser estranho (bebé) que ali estava.”

P7- “Eu acho que nós, basicamente, estávamos os dois em modo de sobrevivência, e sempre preocupados com ele, e esquecemo-nos aqui um bocadinho a nossa relação, pelo menos durante os primeiros tempos. Era muito difícil vermo-nos como um casal, sinceramente. E isso foi mudando um pouco. Pronto, ainda hoje não é a mesma coisa. Se calhar, nem nunca mais vai ser. Mas tem melhorado, também, lá está. À medida que ele vai melhorando, ou seja, à medida que ele (bebé) vai crescendo, também...”

P7- “E então, obviamente que nós também nos ressentimos disso enquanto casal. Por isso, foi... Também é difícil.”

P7- “E está a ser difícil para mim gerir isto tudo. Portanto, gerir o bebé, gerir o trabalho, e ter tempo para as duas coisas”.

Desafios na amamentação

P1- “(...) que a amamentação não correu muito bem, outra vez. E ela só agarrava assim na pontinha da mama, e não estava a fazer uma grande produção de leite. E comecei a sentir que estava a ficar com menos leite. E que ela estava com fome. E tive que lhe dar fórmula. E isso para mim foi... Pá, isso para mim foi, assim... Chorei, chorei, chorei. Mas chorei mesmo muito, muito, muito. Porque estava a sentir que

<i>estava a falhar. Estava a falhar como mãe... Como é que o meu corpo ia falhar desta forma?” (culpa)</i>
<i>P5- “(...) diria que a minha maior dificuldade foi...ehhh... a dor, amamentar” (dor)</i>
<i>P7- “(...) mas que no início, eu acho que foi um dos grandes fatores de stress para mim, muito sinceramente.” (stress)</i>
<i>P7-“A amamentação, também, para mim, foi tenebrosa. Eu detestei. Eu ainda amamento porque todos os dias pensava "Vá, é só mais um dia, só mais um dia, só mais um dia..."</i>
2.2 O MUNDO
Protocolos
<i>P1- “Fui levar epidural. Os sete dedos de dilatação. Eu estava com muitas dores, e começaram a insistir comigo. E o facto de eu estar sozinha, como é óbvio, acabou por influenciar bastante nisso. E até me lembro de ter ligado ao meu companheiro [Risos] porque fazia vídeochamada de vez em quando, e disse que tive de levar epidural. E lembro-me da cara dele assim mesmo triste, mesmo sério.” (sem acompanhante)</i>
<i>P1- O meu companheiro fez-me imensa falta” (sem acompanhante)</i>
<i>P1- " Ele ficou super feliz, mas ele só a conheceu 48 horas depois de ela ter nascido. E, pá, isso foi duro, não é? Isso é muita duro.” (sem acompanhante e afastamento do pai do bebé)</i>
<i>P2-“Foi para aí umas análises e uma ecografia, pronto que tive que tive que ir sozinha, não pude ter acompanhante”. (sem acompanhante)</i>
<i>P3- “(...)eu estive na sala de cesarianas sozinha. Só com a equipa multidisciplinar de saúde”. (sem acompanhante)</i>
<i>P4- “Assustava-me muito ir sozinha para um hospital. Este era o meu medo muito real, de eu estar positiva ou o meu marido estar positivo e não podermos estar os dois juntos ahmmm... no parto” (não ter acompanhante)</i>
<i>P4- “Ah, não, não. Teve de certeza ahhh... que eu não acho que a pandemia fosse ahhh... olha para mim, o mais difícil ahhh... foram as restrições ahhh... a nível de políticas de hospitais, pronto. Foi mesmo.” (protocolos)</i>
<i>P4- “nos dois momentos, que era no nascimento e em unidades de cuidados paliativos,</i>

<p><i>porque foi onde eu fui deixar a minha mãe. E... curiosamente, não sei, porque era o que eu estava a viver na altura, são para mim duas unidades onde não poderia ter havido... eu nem sei como está agora, mas não pode haver esta política de não ahhh... acompanhamento, de não haver um acompanhamento. Portanto, no início e no final da tua vida tu não podes estar sozinho, ponto. E isso custou-me muito. Isso custou-me imenso.” (não acompanhamento)</i></p>
<p><i>P5- “Custou-me, claro que preferia ter alguém comigo” (sem acompanhante)</i></p>
<p><i>P6- “Com o exterior sim. O meu compaherio ficou sem... ficou horas sem saber o que se passava.” (falta de informação)</i></p>
<p><i>P6- “Quando finalmente consegui falar com o meu namorado, já no outro dia de manhã, ele também ainda não tinha visto o bebé “ (afastamento do bebé)</i></p>
<p><i>P6- “foi em dezembro de 2020, que o Hospital (...), que é uma capital distrito, não se estivesse... estivesse tão mal preparada para a possibilidade de uma grávida com COVID” (inexistência de protocolos)</i></p>
<p><i>P6- “Acabámos for ceder ali um bocado àquela, àquela pressão e àquela confusão toda. E anuímos então com a cesariana, sendo que, já na altura, eu pedi para repetir o teste.”</i></p>
<p><i>P6- “As partes mais difíceis... foi mesmo ficar separada do meu bebé, sem dúvida.” (afastamento do bebé)</i></p>
<p><i>P6- “E eu pedi para repetir o teste nessa altura e depois disso... eh... retiraram-me tudo .Portanto, telemóvel... retiraram-me tudo.”</i></p>
<p><i>P6- “Portanto, fui levada para uma zona de... de internamento COVID... nessa noite faleceu um senhor à minha frente.... E... e eu não fazia ideia quando é que ia ver o... o meu filho.”</i></p>
<p><i>P6- “Para as pessoas entrarem em contato pelo tablet tinham que fazer-se amigas num grupo do Facebook próprio para o efeito. Era depois... entravam no chat e clicavam com quem queriam falar. Claro que, muitas vezes o tablet estava com outros pacientes, e portanto esses pacientes não iam... não é?! Então, ela teve ali alguma dificuldade, alguns dias para conseguir falar comigo. Até que finalmente conseguiu falar com um enfermeiro, com uma auxiliar que. que lá me passou o tablet e lá conseguimos falar...”</i></p>

P6- *“Mas foi assim um reencontro com um turbilhão de emoções muito grande... porque depois ainda não podia retirar a máscara. Queria muito dar beijinhos ao G e não podia, e p6- ainda estive assim uns dias. Porque depois eu já não sabia se tinha ou não tinha COVID, não é?! Depois de estar com... num sítio com internados COVID, não queria arriscar.”*

P7- *“Não gostei de, pronto, de estar sozinha, também.”* (sem acompanhante)

P7- *“Ele estava com COVID. Pronto, isso foi um choque, e foi horrível, mas pronto. Eu acho que depois como tudo acabou por correr bem, eu fisicamente sentir-me bem, o parto ser rápido, ser um parto normal que era o que eu queria, também, para sair do hospital o mais rapidamente possível. Quanto menos tempo eu estivesse lá melhor. Que eu não queria mesmo ficar lá sozinha”* (sem acompanhante)

P7- *“ Eu acho que me afetou um bocadinho, também, a questão do meu companheiro ter... Logo no início. Ali nas primeiras semanas... Tanto que eu nem gosto muito de recordar da primeira semana cá em casa. Diria que isso para mim foi marcante. A primeira semana cá em casa. Pronto. Enquanto eu estive, mesmo depois de ter dado a entrada para o parto. Mesmo depois aquele dia no hospital, parecia que a ficha ainda não tinha caído, e estava tudo bem. Pronto. Estava tudo bem... Mas, depois, a primeira semana cá em casa, isolada dele”. (isolamento do companheiro)*

P7- *“Enquanto tivemos que estar em isolamento. E eu acho que isso me afetou bastante na altura. E depois vem-se prolongando no tempo, porque, obviamente, depois não fiquei logo bem, obviamente. E isso pode ter afetado aqui a minha relação com todo este período”* (isolamento do companheiro)

Afastamento Social

P1- *“Mas quando cheguei a casa comecei a chorar imenso. A dizer "isto não se faz. Isto é horrível." Porque é aquela coisa - tu queres apresentar o teu bebé, e não queres apresentar pelo vidro de um carro. As pessoas espreitavam pelo vidro do carro para ver como ela era. E ela a dormir no ovinho.”*

P1- *“eu não estou com apoio. Eu não tenho apoio nenhum.”*

P2- *“Agora depois, começámos a sentir que pá, por exemplo, o que nos tocou mais foi, por exemplo, os meus avós já têm uma idade bastante avançada, principalmente a*

minha avó, que não tinha uma saúde abundante. E não o conhecerem ainda, portanto nós, quando ele tinha mais ou menos um mês, acabamos por sair e por ir a casa da minha mãe, jantamos lá com os meus avós... para eles também poderem estar um bocadinho com ele, porque sentíamos, é pá, imagina que eles até apanham e que a minha avó se apanhasse, era logo não, não tinha grandes hipóteses porque ela tinha problemas de pulmões e uma data de coisas. Portanto, ela se apanhasse, não havia grandes hipóteses, nem sequer tinha oportunidade de conhecer bisneto

P2- “Ele não tem uma relação tão próxima com os avós, como tem o mais velho, por exemplo, que passou muito tempo com os avós quando era pequeno. E o mais novo não. Ele até aos 2 anos, praticamente teve sempre só connosco. E isso, isso notou-se isso, notava-se se isso notava-se na duração”.

P3- “Como também, a minha mãe estando a trabalhar, houve alturas em que ela não se conseguiu isolar e teve contactos, e nós isolámo-nos dela. É uma pessoa que é muito próxima e muito próxima minha, obviamente, mas pronto, cá de casa de todos são muito próximos ,e foi difícil de gerir essa questão, efetivamente.”

P5- “Primeira semana e a segunda, as... as pessoas da família estão sempre mais presentes, a mãe, irmãs, ehh...mas acaba, eu acho que acaba por ser um processo muito, muito solitário no fundo, porque cada um tem a sua vida, tem seu trabalho”

P5- “Noto que ela (filha) não tem aquela relação tão íntima como os primos têm por exemplo, não é?! Isso eu noto, acabou por se afastar um bocadinho, acho que ela ficou sempre a perder com... com isso.”

P5- “o que não fiz foi as de seguimento extra... tão... tão apertado e tão próximo como eu gostaria, não é?!” (vigilância da saúde)

P5- “Pronto, tive consultas online com aconselhamentos... na mesma, mas a parte prática de fazer mais ecografias eventualmente, de me examinar fisicamente, essa parte não, não tive, não é?! “

P6- “Então, foi assim uma gravidez muito... psicologicamente muito difícil de lidar, porque acabava por estar muito sozinha em casa, onde eu me senti muito sozinha, porque enfim, as pessoas têm as suas vidas, não é, têm as suas rotinas, os seus trabalhos. Eu fui para gravidez de risco para casa logo muito cedo e acabei por passar

<i>uma gravidez assim um bocado... por mim própria.”</i>
Medo COVID-19
<i>P1- “E foi o maior stress. Foi o maior stress da minha vida. Foi horrível. Foram duas semanas mesmo, mesmo difíceis”</i>
<i>P1- “(...)que vamos todos morrer!”</i>
<i>P1- “Além de que, nós estávamos com tanto medo, que eu queria estar sempre de máscara”</i>
<i>P1- “O meu companheiro estava muito paranoico. Estava com muito, muito medo. Então, eu às tantas já nem sabia o que era melhor. Se era eu tentar ter apoio de fora e depois haver um drama dentro de casa, porque ele estava mesmo com medo, ele achava que ia morrer a qualquer minuto.”</i>
<i>P3- “Claro que com alguma ansiedade, com o receio de cada vez que ele saía ou cada vez que ele ia às compras, do que é que poderia trazer para casa.”</i>
<i>P3- “O COVID ajudou também a que eu fosse mais stressada nesse aspecto.”</i>
<i>P5- “Eu estava grávida, ouvia-se histórias de... de grávidas infetadas que depois ehhh...tinham partos prematuros. Ahhh... gravidezes que pudessem não correr tão bem, eu tinha muito medo disso. Eu... fiquei sempre em casa, não saía, não ia a lado nenhum, tinha muito medo, de apanhar e de não saber muito bem como é que isso iria afetar a minha bebé”.</i>
<i>P5- “O medo era muito. Mesmo depois dela nascer, ahh... eu não deixava ninguém pegar nela, só mesmo com... com todos os cuidados; tinha mesmo muito medo. Depois esse medo foi se dissipando, mas no início tinha muito medo”.</i>
Profissionais saúde
<i>P1- “Eu estava com muitas dores, e começaram a insistir comigo” (pressão)</i>
<i>P1- “Estava mesmo sozinha. E aquela pressão de "tome epidural. Não vai ter dor." Enfim, às tantas eu estava a gritar e lembro-me que houve alguém que disse "ai, está aqui uma menina a gritar tanto! Não percebo porque é que tem estas dores todas. Se levou epidural." (pressão)</i>
<i>P1- “A outra estava com vaselina a mexer no períneo. Assim a alargar o períneo, para passar, para não rasgar. Que, na altura, aquilo fez-me um sentido... Ai, que fixe, isto</i>

<p><i>até é uma coisa fixe, e tal... Pá, e eu hoje em dia, eu sei que não é fixe. Eu sei que é a coisa mais natural possível. Não toca, não mexe. Deixe, isto vai acontecer."</i></p>
<p><i>P6- "Ahhh, não veio ninguém da obstetrícia ter comigo, ver-me. Ligavam-me e indica... e davam indicações `s enfermeiras e aos médicos do COVID o que é que tinham que ver. As perguntas que tinham que fazer, ver a cicatriz" (falta de prestação de cuidados)</i></p>
<p><i>P6- "E eu perguntei-me o que está a acontecer, o que é que se passa... Ah, não podemos dizer, é o médico que tem que lhe dizer. E eu disse-lhes, mas eu não estou a perceber... P6- "Houve qualquer coisa em mim que fez luz e eu perguntei, eu dei positivo. ao COVID? E a... e a... uma das pessoas disse, ah não, não lhe podemos dizer." (falta de comunicação)</i></p>
<p><i>P6- "Começaram logo uma data de auxiliares a isolarem-me completamente sem me dizerem o que se passava. Eu comecei a ficar um bocado stressada... muito confusa, mas..." (falta de informação)</i></p>
<p><i>P6- "O médico obstetra, quando eu lhe perguntei sobre como é que aconteceria então, depois de eu ter o bebé, ele não me sabia responder... o que me deixou, enfim, extremamente angustiada e preocupada com a possibilidade de eu depois ficar sem ele."</i></p>
<p><i>P6- "(...) no fim não me deixaram sequer tocar no G, nem sequer deixaram o G... Enfim, pôr o G no meu peito. Eu recorde-me de pedir.... Recordo me dizer: Eu sustenho a respiração. Vocês deixem-me só tocar nele. Mas não, disseram-me que não podiam, levaram o G. E eu tive, fiquei uma semana, praticamente uma semana sem o ver" (separação mãe-bebé _ sem qualquer tipo de apoio, ela já tinha perguntado horas atrás)</i></p>
<p><i>P7- "Todas as pessoas estavam com medo de ir ao quarto. Portanto, isso também acabou por ser muito negativo para mim. Eu tinha que estar sempre a chamar alguém, porque não iam ao quarto" (falta de assistência)</i></p>
<p><i>P7- "O negativo foi mesmo sentir-me sozinha. Portanto, enfermeiras, auxiliares... Ninguém queria ir ao meu quarto. Ao meu, e mais alguém que tivesse lá que tivesse, claro, obviamente, com algum contacto de risco, porque, pronto, apesar de estar negativa, não é? Pronto" (falta de assistência/sensação de solidão)</i></p>

P6- “(...)sem saber se o bebê iria ficar comigo ou não. E essa era a minha grande preocupação. Isso foi aquilo que preencheu o meu pensamento o tempo inteiro.” (falta de informação)

Histórias Partilhadas

P2- “Eu acabei por sofrer um bocadinho com ela, porque ela foi fazer uma indução em que teve lá 2 dias no hospital antes do parto e teve sempre sozinha, não pôde sequer teve visita. E depois o marido dela, só pode entrar na altura do expulsivo, aquele bocadinho e teve lá mais 2 horas do parto, do contato pele a pele. E a seguir foi-se embora e só pode voltar no dia a seguir mais 2 horinhas e no dia seguinte, mais 2 horinhas. E ela esteve sempre sozinha e pá isso foi muito complicado. Foi complicado para quem está de fora. Não podes fazer mais nem podes ajudar, não é? E para ela, sentiu-se super sozinha, não é? Super desacompanhada, super solitária

P4- “O meu medo era mesmo... o que eu ouvia das mães... ou... das grávidas, a maneira como estavam a ser tratadas ahhh... nas maternidades, pronto, acho que também podemos contextualizar a minha gravidez foi durante a minha formação de Doula e portanto, esta informação era realmente a que eu absorvia mais, não é, tendo em conta que não víamos notícias, eu acho que aqui o mundo... e estando grávida.”

P5- “É natural. E... mas eu tinha muito medo, porque tinha histórias de amigas, de familiares que tinham passado um pós-parto muito doloroso, por causa dos pontos que levaram.”

P7- “Isto, eu estou a dizer isto porque eu tenho um casal amigo que tinha tido um bebê há pouquíssimo tempo, também, e houve ali uma série de problemas no parto.”

TEMA 3-PARTO

3.1 MEDOS E DESEJOS

P1- *“Eu não quero voltar, outra vez, a ter esse trauma que tive no parto passado”.*
(medo_ parto como o anterior)

P2- *“Era acabar num desfecho semelhante ao do primeiro parto. Isso era o que tinha mais medo, não é, mais receio. Não queria que isso acontecesse. Não queria que houvesse um parto instrumentalizado, não queria perder o controlo no sentido de... Não é bem perder o controlo (...) Bom acaba por ser, não queria que houvesse intervenções, que eu não queria, não é porque no primeiro acabou por acontecer isso, foi um rol de intervenções que depois é tipo em catadupa e que tu já às tantas já não controlas... acaba por ser em catadupa e eu não queria que isso acontecesse, não queria que isso acontecesse. O meu medo também de ir para o hospital seria, estás num ambiente diferente, tens as escolhas à disposição e não sabia até que ponto ia resistir a uma epidural ou uma coisa assim do género, não é, sabendo eu das consequências que isso traria.”* (medo: parto instrumentalizado)

P3 – *“Era a minha casa. Eu iria estar em casa, literalmente. O sítio onde eu trabalhei desde sempre, um sítio onde eu fui aluna enquanto estudante de enfermagem, um sítio onde eu iniciei a minha carreira profissional - em duplo - mas iniciei minha carreira profissional lá, portanto, onde eu tinha a minha rede toda de apoio nessa questão e onde eu sabia onde ia, sabia ao que ia, sabia o que tinha.”* (desejo_ local do parto)

P4- *“O descobrir que estava grávida foi, foi muito bom, porque era algo que nós queríamos.”* (desejo_ ser mãe)

P4- *“Obstetra que me seguiu era alguém com quem eu queria ser seguida. E lembro-me de conseguir logo uma consulta para ela, em termos de seguimento e, portanto, isso até me trouxe ahhh... não sei, senti olha isto está a correr tudo bem, consegui vaga com quem queria”* (desejo_ obstetra escolhido)

P4- *“(...) eu precisava do meu espaço para fazer o trabalho de parto e a minha cabeça está: “Se as minhas filhas estão à volta, está muito ocupada com elas.” E então, uma*

coisa que eu sabia era que, quando eu começasse a entrar em trabalho de parto e porque se calhar a minha cabeça tinha idealizado uma maneira de trabalho de parto muito comigo. Eu precisava que elas não tivessem ahmm... à minha volta.” (desejo_ privacidade e foco)

P5- “(...) eu queria também informar-me melhor de questões mais práticas do parto. Ehhh...eu queria um parto que fosse natural, que... mas evidentemente, que não pusesse em causa nenhum dos cuidados de saúde e queria estar informada sobre isso.” (desejo_ o mais natural possível)

P5- “(...)eu fiz o plano de parto e escrevi que não queria episiotomia.” (desejo_ sem episiotomia)

P5-Pronto, depois claro, aqueles mesmos que todas têm, de... Será que vai estar tudo bem? Será que vai correr tudo bem? A bebé vai estar bem, pronto.

P6- “eu tinha idealizado um parto... um, um... parto vaginal. Não diria o mais natural possível porque eu queria, já tinha tomado a decisão, de que queria epidural, mas queria que fosse um parto a sério. Portanto, queria parir o meu filho”. (desejo_ parto vaginal)

P6- “eu pedi ao meu namorado, para ele garantir que meu bebé não, não iria ser retirado”. (desejo_ contato com o bebé)

P6- “(...) por outro lado, era uma coisa que eu queria muito. Então, uma coisa acabava por ajudar a balançar a outra, eram... um mal necessário, vá, por assim dizer, portanto, acabava por ajudar a equilibrar um bocadinho a balança.” (desejo: ser mãe/bebé vivo)

3.2 NEGOCIAÇÃO

P1- “E, nessa altura, claro que houve um sentimento de culpa porque houve aquele momento "será que devo avançar com esta gravidez? Será que estou pronta?"

P1- “No meio disto tudo, tiraram os pais da sala de partos.” (acompanhante)

P1- “E houve uma altura que eu comecei, com a pandemia a aparecer, eu pensei em indução, para ela nascer o mais rápido possível, porque eu via os casos a aumentar”. (medo consequências COVID)

<p>P1- <i>“Às tantas começámos a achar "vamos ter um free birth. Vamos ter em casa, porque mais vale termos assim à maluca em casa do que irmos para o hospital, que vamos todos morrer!” (medo das consequências do COVID)</i></p>
<p>P1- <i>“Antes disto, obviamente que liguei para uma data de parteiros/parteiras. Ninguém me aceitou, já para ter o parto em casa. Foi sempre uma coisa que eu sonhei, mas por questões financeiras nós não conseguíamos ter em casa.” (acompanhante)</i></p>
<p>P1- <i>“(…) entretanto eu fui levar epidural.” (pressão)</i></p>
<p>P3- <i>“Eu trabalhava (...), na maternidade e era o meu sítio de eleição, tanto numa gravidez como na outra. Mas na primeira gravidez (...) cederam Clínica como apoio ao Estado, como instituição de apoio ao Estado, portanto elas fecharam a maternidade” (local e equipa)</i></p>
<p>P3- <i>“Outra coisa que também influenciou essa questão de estar sempre a alterar os protocolos, as medidas, hoje era uma coisa, amanhã já era outra...” (escolha por indução por incerteza dos protocolos)</i></p>
<p>P3- <i>“(…) também uma questão de, por alguma razão, se nos infectamos, já que estamos nas 39 semanas, vamos tentar minimizar isto porque depois é ficar em casa. Porque nessa altura nós acabamos por ir semanalmente, pelo menos, a ver o bem-estar do bebé e tudo mais.” (medo consequências COVID)</i></p>
<p>P3- <i>“Foi uma cesariana por uma não-progressão do trabalho de parto.” (intercorrências)</i></p>
<p>P3- <i>“no parto foi essa questão de não ter o meu marido, de termos que gerir essa expectativa furada, vá...” (COVID)</i></p>
<p>P3- <i>“Foi uma cesariana marcada porque fiz ecografia de manhã e a médica disse: não dá para esperar mais, temos que ir outra vez. Tem que nascer porque não está bem, pronto.” (intercorrências)</i></p>
<p>P3- <i>“Aquela ecografia já era tipo, eu estava a fazer ecografia quase 2 vezes por semana, vá, desde as 34, ele nasceu às 36. Já tinha feito maturação pulmonar por uma questão de ser uma restrição e estar a precisar. Eu tendo conhecimentos na área, vá, eu já sabia que ia ser alguma coisa assim do género. Eu estava quase preparada para que isso acontecesse. E tanto que quando o teste do meu marido deu positivo ainda</i></p>

<p><i>houve muitas pessoas que me perguntaram: achas que não dá para esperar? Porque o isolamento já seria só 5 dias. "Não queres perguntar se não dá para esperar para para ele ir?" e eu disse não, porque eu tenho a noção que não dá para esperar"</i> (intercorrências)</p>
<p><i>P4- "(...)já mais no final da gravidez, por causa do meu medo do COVID e por causa da separação, eu ponderei um parto em casa. Ter um parto em casa e ainda contactei uma equipa, que obviamente já estava cheia ahh"</i> (consequências COVID e presença acompanhante)</p>
<p><i>P4- " (...)mas a parteira também não deu cem por cento de... ahhh....certeza da disponibilidade"</i> (disponibilidade equipa)</p>
<p><i>P4- "E também, sou sincera, tinha muito medo ahhh... do que os outros pudessem dizer da minha escolha de um parto em casa".</i> (medo julgamento social)</p>
<p><i>P4- "Tenho imenso medo, medo de... eu não sei se sou capaz de dizer à minha família que estou a tomar esta decisão. Mas também não sou capaz de passar estes meses todos sem lhes dizer nada."</i> (medo julgamento familiar)</p>
<p><i>P4- "Isto não era suposto ter acontecido assim e agora, o que é que fazemos?"</i> (fisiologia e circunstâncias)</p>
<p><i>P6- "E ele tinha receio de que... que já não estivesse a passar nutrientes, que a placenta já não estivesse a passar nutrientes suficientes para o bebê e portanto, ele disse-me que uma vez que nós já estávamos praticamente no... em fim de gravidez, estava com trinta e nove semanas, que ele entendia que nós devíamos de facto forçar o parto. Portanto, fazer uma indução"</i> (intercorrências)</p>
<p><i>P6- "Eles não tinham condições para isso. E ao mesmo tempo, novamente o meu médico não se sentia confortável em mandar-me para casa com receio de pôr em causa o... o bebê. E portanto, a única alternativa que me foi dada foi a cesariana de urgência".</i> (COVID)</p>
<p><i>P7- "já tinha uma indução marcada para as 39 semanas, mas quando eu fui à consulta das 38 já estava a entrar em trabalho de parto. Quer dizer, não estava a entrar em trabalho de parto"</i> (fisiologia)</p>

P7- “Se eu tivesse uma indução marcada, eu já sabia em que dia é que ele ia nascer. Já me conseguia preparar melhor. Conseguíamos fazer o teste com 48 horas de antecedência. Ou seja, tudo isso, na altura, e discutindo isso, pareceu-nos mesmo uma boa opção. Pronto. A indução. Por esses motivos. Se não fosse época de Covid, possivelmente (...)” (acompanhante)

P7- “Os médicos que não querem que o bebé fique muito tempo lá dentro. Basicamente era isso. Não havia nenhum motivo aparente para tal”. (Sugestão clínica)

P7- “(...)confesso que já estava farta de estar grávida. Eu estava muito cansada, já. Eu já andava cheia de dores na lombar. Muito enjoada. Já não estava mesmo a aguentar, e portanto para mim também parecia uma boa opção.” (cansaço)

P7- “Mas pronto, entretanto fizemos o teste ao Covid. Eu dei negativo, mas o meu marido deu positivo” (COVID)

3.3 A Experiência

P1- E depois houve uma altura que eu disse OK, ele não pode estar... Mas isto, nós vamos fazer isto as duas. Isto vai ter que acontecer. Isto é um trabalho que nós as duas... Isto é um trabalho de equipa. E eu sou capaz de o fazer. Eu sou mesmo capaz. Então, eu não vou precisar de ninguém para parir(...)conseguimos. Vitória. Eu até estive para chamá-la Vitória [Risos] mas ninguém me deixou [Risos]. Porque foi exatamente isso que eu senti - foi uma vitória.” (vitoriosa)

P1- “Agora já te contei com alguns pormenores que na altura estavam meio apagados, mas a minha sensação é - eu consegui fazer tudo aquilo que eu queria dentro de um hospital.” (sucesso)

P2- “E eh pá e depois e depois de ser capaz, então aquilo foi, foi tipo ir ao céu, não é? Eu estive ali. Acho que tive ali uns dias ainda naquele estado de incredulidade. Estava incrédula que aquilo tinha sido possível e depois ele também era um bebé grande.”

P2- “Foi maravilhoso, maravilhoso!!!” (maravilhosa)

P2- “Acho que isso é mesmo bonito”. (Bonita)

P2- “Acho que foi uma coisa natural e pronto. Acho que foi mesmo isso. É como se fosse tipo, pronto... lá está, um evento familiar, não é?”

P3-Pronto, a experiência de parto em si, a nível de mesmo do parto em si, do nascimento dele não foi bem aquilo que eu tinha programado efetivamente, mas correu tudo muito bem. Tivemos sempre os dois muito bem e isso acabou por me descansar bastante o coração e a cabeça.” (não a ideal mas correu tudo bem)

P4- “Isto agora a pessoa descreve as emoções como se fosse tudo muito bonito, é muito sentido também, é muito doloroso, é muito físico, não, não falei aqui, mas está tudo muito inerente, só para não parecer que é assim cinquenta minutos de beleza máxima e que não! São contrações bastante dolorosas, mas... sim, então agora à distância de dois anos, o meu cérebro, a parte física da dor apagou totalmente e o que me deixou foi isto.” (intensa)

P4- “Ahmm... bem... foi... ahhh assim, espetacular!!! (risos)” (muito positiva)

P4- “Eu tenho assim este dia como assim mesmo um dos dias eh... eh... mais bonitos e da minha experiência de partos eh... não desvalorizo nada aos outros, mas eu acho que isto foi mesmo fechar à inglesa.” (muito satisfatória)

P4- “Olha, acho que para a minha filha uma história espetacular de começo de vida.”

P5- “(...)e o meu marido foi comigo, pode acompanhar o parto ahhh... e decorreu... No fundo foi da forma que eu queria, tudo natural, não teve intervenção nenhuma... E coreu tudo bem felizmente.” (positiva)

P6- “(...) queria parir (ter parido) o meu filho.” (mágoa)

P7- “Foi ter sido um parto vaginal, que era o que eu queria desde início. Porque eu queria, lá está, eu queria que fosse uma coisa... Não queria passar por uma cirurgia como é uma cesariana”. (positiva)

P7- “O bebé também nasceu bem. Saiu logo a chorar, foi uma coisa assim [Risos].” (positiva)

P7- “No geral, acho que correu tudo super bem. Portanto, foi um parto normal. Eu dei entrada na clínica às 20:00 e ele nasceu às 04:00, portanto eu considero que até foi bastante rápido. E pronto, basicamente foi isso. Depois, no dia a seguir, já me sentia relativamente bem. Portanto, também não houve assim, o parto em si foi muito rápido. O período expulsivo foi muito rápido.” (positiva)

3.4 REFLEXÃO

<i>P1- “Iria muito mais tarde para o hospital.”</i>
<i>P1- “Se eu soubesse o que sei hoje eu tinha parido em casa. [Risos]” P4- E hoje em dia arrependo-me disso.(Risos). Pronto, não sabemos o que é que seria diferente não é?! Porque poderia ter sido muito diferente, mas ahhh... pronto, era só ... ahhh... mhmm... no percurso, se soubesse que nunca ninguém sabe que iria ser assim o desfecho, era o que eu teria mudado.”</i>
<i>P1- “Se eu soubesse o que sei hoje, eu teria tido uma doula.”</i>
<i>P3- “Nós acabamos por decidir fazer a indução às 39 semanas e um dia. Não sei se foi por aí. Decidi também nunca nunca propor esse Se, porque não iria resolver nada. Não sei se foi por aí ou não, que foi uma cesariana por uma não-progressão do trabalho de parto, mas decidi que essa gaveta ia ficar arrumada” (resistência em investir nesta reflexão)</i>
<i>P6- “Claro que se fosse hoje, com alguma tranquilidade e com alguma clareza, se calhar eu fazia, eu sairia do hospital e ia tentar uma alternativa. Mas, naquele momento, não... Enfim, não, não estamos, não conseguimos pensar muito bem as coisas.”</i>
<i>P6- “ (...)de facto nós erramos aí, no contexto de, não termos procurado.... Eu não procurei mesmo, referências de hospitais em Portugal. Depois disto, depois da experiência, percebi que há hospitais que já seguem uma série de... de... de... de recomendações... internacionais e europeias”</i>
<i>P6- “Portanto, para mim era no público, como em Leiria temos um hospital público, com boas referências na área, não... não me preparei, ou seja, acho que hoje, aquilo que eu teria feito de diferente, teria sido procurar alternativas”.</i>