



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES NA GRAVIDEZ, PARTO E DOZE MESES APÓS O PARTO

I Curso de Mestrado de Promoção de Saúde 2017/2019

Vanessa Superchi

Orientação: Ana Rita Goes

Novembro / 2020

**NECESSIDADES E PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE DAS
MULHERES NA GRAVIDEZ, PARTO E DOZE MESES APÓS O
PARTO.**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do
grau de Mestre em Promoção de Saúde
, realizada sob a orientação científica de Ana Rita Goes

Novembro / 2020

“Viva cada dia como se esse dia representasse os limites da sua vida e torne-o tão agradável quanto possível, porque ele contém a única realidade que dispõe.”

Sêneca

Agradecimentos

À professora Ana Rita Goes, uma mulher para se inspirar, por ter me ajudado com tanta calma e dedicação em todas as etapas da construção deste trabalho;

Aos meus pais Sérgio e Regina por sempre me incentivarem a estudar e pelo apoio em tudo que faço;

Ao meu marido, Luis Eduardo, por ter me apoiado em dar continuidade ao curso e ter criado condições para que eu pudesse ter tempo de dedicação exclusiva à escrita.

E finalmente à Marina, minha linda filha, que me ensinou a ser mãe e que me despertou esse interesse tão grande sobre a saúde da mulher e seus desafios.

RESUMO

Introdução: A gravidez e o parto são acontecimentos marcantes na vida de qualquer mulher, podendo levar a diversas consequências para a sua saúde, sendo elas físicas ou psicológicas, ainda que anos após o parto. O ano que se segue ao parto é um momento de transição significativa para as mulheres, que envolve mudanças fisiológicas e psicossociais. Desta forma, é um momento em que as mulheres são vulneráveis a problemas de saúde diretamente relacionados ao parto e ao autocuidado comprometido. Este trabalho teve como objetivo analisar as necessidades e preocupações de saúde das mulheres nos períodos da gravidez, parto e um ano após o parto, incluindo as suas experiências e perspectivas quanto aos cuidados de saúde oferecidos.

Resultados: Uma percentagem elevada de participantes (50%) considerou que, durante o acompanhamento da gravidez, teve sempre oportunidade para colocar questões e dúvidas e considerou que os temas mais importantes tinham sido abordados. Quase metade da amostra (44%) considerou que, no hospital, recebeu toda a informação que precisava acerca da sua recuperação. Já no que se refere ao período após o parto, muitas respondentes (73%) reportaram necessidades e preocupações referentes a este período, designadamente necessidade de mais tempo para si. Por outro lado, uma percentagem elevada de participantes (50%) reportou queixas físicas (por exemplo, dores nas costas) e emocionais (84%), por exemplo, cansaço e exaustão. Adicionalmente, quase 45% das participantes classificou o seu estado de saúde como bom e, por comparação com o período anterior à gravidez, 53% considerou ser relativamente igual. A maior parte das respondentes (90%) não foi encaminhada pelo seu médico para outro profissional de saúde, mas mais de metade das participantes (55%) tomaram a iniciativa de procurar outros cuidados de saúde. Muitas participantes comentaram a necessidade de uma maior atenção à saúde da mulher no período que se segue ao parto.

Conclusão: Os resultados obtidos expressam que para as mulheres a vigilância da gravidez é satisfatória e que embora não represente uma preocupação para as inquiridas, foram descritas algumas críticas sobre a abordagem profissional e procedimentos realizados no parto. Isto demonstra que as mulheres temem as complicações pertinentes ao momento do parto como intercorrências e a própria dor e ao mesmo tempo problemas atrelados à prestação de serviço. A atenção no puerpério configura-se uma preocupação para mulheres, sugerindo a necessidade de apoio físico e emocional, de mais serviços e especialidades médicas no acompanhamento ao puerpério, além de mais orientações e suporte na amamentação. O cuidado com a saúde da mãe é um processo complexo, multidimensional no qual as necessidades físicas, emocionais, psicossociais e da família devem ser levadas em conta na conduta profissional, assim verificou-se que o cuidado centrado na família podem ajudar a promover uma maior aplicação deste conceito aos serviços da maternidade.

Palavras chave: Saúde da mulher, gravidez, parto, puerpério.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and childbirth are remarkable events in the life of any woman, and can lead to several consequences for their health, whether physical or psychological, even years after childbirth. The year following childbirth is a time of transition for women, which involves physiological and psychosocial changes. Thus, it is a time when women are vulnerable to health problems directly related to childbirth and compromised self-care. This study aimed to analyze the health needs and concerns of women during pregnancy, during and one year after delivery, including their experiences and perspectives regarding the health care offered.

Results: A high rate of participants (50%) considered that, during the follow-up of the pregnancy, she always had the opportunity to ask questions and doubts and considerations that the most important themes were constituted. Almost half of the sample (44%), considered that, in the hospital, completes all the information he needs about his recovery. As for the postpartum period, many respondents (73%) reported needs and concerns regarding this period, namely the need for more time for themselves. On the other hand, a high percentage of participants (50%) reported physical complaints (for example, back pain) and emotional complaints (84%), for example, tiredness and exhaustion. In addition, almost 45% of the participants rated their health status as good and, compared to the period before pregnancy, 53% considered it to be relatively equal. Most of the participants (90%) were not referred by their doctor to another health professional, but more than half of the participants (55%) took the initiative to seek other health care. Many participants commented on the need for greater attention to women's health in the period following childbirth.

Conclusion: The results obtained express that for women the pregnancy surveillance is satisfactory and that although it does not represent a concern for the respondents, some criticisms about the professional approach and procedures performed during childbirth were described. This shows that women fear complications related to the moment of delivery, such as complications and pain itself, and at the same time problems linked to the provision of services. Postpartum care is a concern for women, suggesting the need for physical and emotional support, more services and medical specialties in the postpartum follow-up, in addition to more guidance and support in breastfeeding. Care for the mother's health is a complex, multidimensional process in which the physical, emotional, psychosocial and family needs must be taken into account in professional conduct, thus it was found that family-centered care can help promote greater application of this concept to maternity services.

Keywords: Women's health, pregnancy, childbirth, puerperium.

Índice:

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	5
2.1. Transição para a maternidade.....	5
2.2 Políticas de saúde e Modelos de cuidados preconizados na gravidez, parto e pós-parto.....	7
2.2.1 Gravidez.....	9
2.2.2 Parto.....	10
2.2.3 Pós-parto.....	11
2.3 Modelos de cuidados na gravidez, parto e pós-parto.....	11
2.3.1 Modelos de cuidados preconizados na gravidez, parto e pós-parto.....	13
2.4 Necessidades de saúde das mulheres na gravidez, parto e pós-parto.....	15
3. Justificação do tema, finalidade e objectivos.....	17
4. Materiais e Métodos.....	19
4.1. População e amostra.....	19
4.2. Tipo de estudo.....	19
4.3. Instrumento de recolha de dados.....	19
4.4 Procedimentos de recolha de dados.....	20
4.5 Análises de dados.....	20
5. Resultados.....	21
5.1. Caracterização da amostra.....	21
5.2. Gravidez: caracterização, acompanhamento e necessidades.....	23
5.3 Experiências durante o parto.....	24

5.4 Experiências nos 12 meses após o parto	26
5.5 Experiências nos 12 meses após o parto.....	31
6. Discussão.....	37
6.1 Dados socioeconómicos.....	38
6.1.2 A Gravidez.....	39
6.1.3 O parto.....	39
6.1.4 Os 12 meses após o parto.....	42
7. Conclusões.....	44
8. Bibliografia	49
9. Anexos.....	55

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Constituição da amostra representativa nível de nacionalidade	22
Tabela 2 - Dados sócios econômicos das participantes.....	23
Tabela 3 - Gravidez e cuidados de saúde.....	24
Tabela 4 - Necessidades de informação nas consultas de vigilância da gravidez.....	24
Tabela 5 - Sugestões de temas a abordar nas consultas de vigilância da gravidez..	25
Tabela 6 - Informações gerais sobre o parto.....	26
Tabela 7 – Problemas vivenciados no parto.....	27
Tabela 8 - Outras necessidades observadas no 12 meses pós-parto.....	28
Tabela 9 – Outras queixas observadas no pós-parto.....	29
Tabela 10 - Outras queixas de saúde física 12 meses após o parto.....	29
Tabela 11 – Qual profissional procurou.....	30
Tabela 12 - Temas abordados nas consultas puerpério.....	30
Tabela 13 – Comentários gerais.....	32
Tabela 14 - Comentários sobre necessidades gravidez.....	33
Tabela 15 - Comentários sobre necessidades parto.....	33
Tabela 16- Comentários sobre necessidades 12 meses após parto... ..	35

Índice de figuras:

Figura 1 – Gráfico Primeiro profissional de saúde que consultou quando soube que estava grávida.....	23
Figura 2 – Gráfico Satisfação com as informações recebidas no hospital.....	24
Figura 3 – Gráfico Necessidades nos 12 meses após o parto.....	27
Figura 4 – Gráfico referente às queixas sobre saúde física 12 meses após parto.....	27
Figura 5 – Gráfico Queixas de saúde mental nos 12 meses após o Parto.....	29

Índice Siglas

AB - Atenção Básica

APPDMGP - Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto

DGS – Direção Geral de Saúde

DST – doenças sexualmente transmissíveis

EUA – Estados Unidos da América

FCMNC - Filosofia e Princípio da Maternidade Centrada Na Mulher e no Recém -
NASCIDO ou cuidado centrado na Família

MS – Ministério da Saúde do Brasil

PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e
Diretrizes

PHPN Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

PN – Pré natal

ONU – Organização das Nações Unidas

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Embora mulheres e homens compartilhem desafios de saúde similares, as diferenças entre eles são tais, que a saúde das mulheres merece atenção particular. Geralmente, as mulheres vivem mais do que os homens por causa de vantagens biológicas e comportamentais (WHO, 2016). Contudo, a saúde reprodutiva e sexual das mulheres tem uma diferença distinta em comparação com a saúde dos homens. Mesmo em países desenvolvidos, a gravidez e o parto estão associados a riscos substanciais para as mulheres. A comorbidade de outras doenças não reprodutivas, como doenças cardiovasculares, contribui para a mortalidade e morbidade da gravidez, incluindo pré-eclampsia (WHO, 2016).

A gravidez e o parto são, portanto, acontecimentos relevantes na vida de qualquer mulher podendo levar a diversas consequências físicas ou psicológicas para a saúde das mulheres, ainda que anos após o parto (De Felice, 2006). Desta forma, conforme orientado pelo Manual técnico do Parto e Puerpério (MS, Brasil, 2006) é um período em que se reconhece a necessidade de um acompanhamento de todas as alterações vivenciadas por elas. Essas alterações devem ser monitorizadas e devem ter como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. As consultas pré-natais oferecem a oportunidade para assegurar eficazmente a saúde da mãe e do seu filho. (Brasil, MS, 2006).

Embora o nascimento seja um evento natural, não deixa de se revestir de riscos e, por isso, de preocupações para a mulher. Para, além disso, o hospital é um ambiente estranho para a mulher, favorecendo o surgimento de sentimentos de angústia, ansiedade e insegurança, para além dos receios relacionados com possíveis complicações e com a condução do processo de parto. É, portanto, um momento de vulnerabilidade para a mulher (Carraro et al, 2008).

O ano que se segue ao parto é um período que se traduz de muita intensidade para as mulheres. Além das mudanças fisiológicas associadas ao período pós-parto, a mulher passa por marcadas mudanças psicossociais à medida que transita para o papel da maternidade, restabelece relacionamentos e trabalha para suprir as necessidades físicas e emocionais de seu bebê e de outros membros da família. É um momento em que as mulheres são vulneráveis a problemas de saúde diretamente relacionados ao parto e ao autocuidado comprometido (Fahey et al., 2013).

Para Fahey et al. (2013) a gravidez e o puerpério são um período em que quase todos os aspectos da vida de uma mulher são interrompidos. A mulher enfrenta a tarefa de se ajustar a essas transições e restabelecimento do seu equilíbrio, rotinas e relacionamentos. Durante as primeiras semanas após o nascimento de uma criança, uma das principais preocupações das mulheres é a capacidade de cuidar de suas próprias necessidades básicas de sono, alimentação e higiene. É comum, no entanto, que os profissionais concentrem a sua atenção nas necessidades do recém-nascido e não nas da mulher. Além disso, as mulheres podem também frequentemente ignorar as preocupações com seu próprio bem-estar, a fim de concentrar sua atenção nas necessidades de seu filho e família. A negligência em relação à saúde da mulher e suas necessidades nesta fase podem gerar comprometimentos para sua saúde da própria e da sua família no longo prazo. Pode comprometer o autocuidado e facilitar a retomada de comportamentos não saudáveis, como tabagismo, sedentarismo e dieta inadequada. (Fahey, 2013)

Por essa razão, garantir a saúde da mãe também é uma forma de promover a saúde e o bem estar de toda a família, assim, o relatório da ONU, Mulher e Saúde (ONU, 2018) nos revela a necessidade de fortalecer sistemas de saúde para que sejam mais bem orientados para atender as necessidades das mulheres, em termos de acesso, abrangência e capacidade de resposta. O relatório indica que esta não é apenas uma questão de saúde sexual e reprodutiva, mas é relevante para toda a vida. O progresso e mais valias na ampliação do acesso a serviços que poderiam fazer a diferença para a saúde da mulher é irregular e desigual. Segundo o relatório, é mais provável que alguns serviços como o cuidado pré-natal estejam disponíveis em vez de outros, como os relacionados como a saúde pós-parto, a saúde mental, a violência sexual e a prevenção do cancro cervical. Níveis extremamente baixos de cobertura de ações básicas, como imunização e atendimento qualificado ao parto, são encontrados em vários países e não apenas naqueles com crises humanitárias (ONU, 2018).

Os programas e políticas de saúde concentram-se extensivamente nos cuidados durante gravidez e por volta do momento do nascimento, sendo dada menos atenção seja dada à saúde das mulheres no pós-parto, incluindo acesso a cuidados de alta qualidade e serviços coordenados após o nascimento. Reconhecendo este facto, Fahey et al (2013) propuseram um modelo que revê a atenção à mulher no pós-parto e tem como foco o desenvolvimento de habilidades para a vida que promovam o bem-estar completo.

Trabalhos anteriores têm permitido descrever as experiências das mulheres com os cuidados de saúde ao longo da gravidez, parto e pós-parto, salientando a importância de recolher as suas perspectivas para uma melhor organização dos cuidados de saúde (Declerq et al.2013).

Assim, esta investigação pretendeu dar voz às mães quanto aos problemas e preocupações vivenciados na transição para a maternidade e explorar suas necessidades quanto aos cuidados oferecidos para a promoção de sua saúde física e emocional na gravidez, parto e os doze meses após o parto.

Este trabalho encontra-se dividido em vários capítulos. Após a introdução, será feito o enquadramento teórico que fará a contextualização de todas as temáticas a serem exploradas, com principal destaque para a transição para a maternidade, nomeadamente, gravidez, parto e puerpério; políticas de saúde e modelos de cuidados na gravidez, parto e pós-parto, necessidades de saúde das mulheres na gravidez, parto e pós-parto. Em seguida será apresentado um capítulo com a definição dos objetivos do trabalho. Posteriormente, surge o capítulo dos materiais e métodos que procura expor toda a metodologia subjacente à realização deste trabalho. Segue-se o capítulo dos resultados onde são expostos os resultados e a sua análise. Posteriormente surge o capítulo da discussão onde é feita a comparação entre os resultados obtidos neste estudo com outros estudos. Por fim, são apresentadas as conclusões.

2. Enquadramento teórico:

2.1. Transição para a maternidade

A transição para a maternidade é o processo de se tornar mãe, que se inicia ao descobrir uma gravidez até que a nova vida e a antiga identidade se afirmem e confluem numa só. O termo *matrescence* (“matrescência”) criado pela psiquiatra Sacks (2019), ajuda a descrever esse período de transição. Como a “adolescência”, a matrescência é caracterizada por um impulso e uma atração – Tal como explicado pelo psiquiatra Daniel Stern, na década de 1990 em seus livros *The Motherhood Constellation* e *The Birth of a Mother*, dar à luz uma nova identidade pode ser tão exigente quanto dar à luz um bebê. (Stern -1998 in Sacks, 2019). Para Sacks, ter um bebê seria um ato de criação. E a gravidez seria mais do que criar um novo ser humano, é também criar uma nova família, uma nova identidade. Um bebê é o dinamizador que abrirá novas possibilidades para diversas conexões. Há também um fator muito importante, um problema real criado pelo enaltecimento da mãe ideal criado na mente de uma mulher e da sociedade, supostamente criada no “inconsciente coletivo” (conceito de Jung). A maioria das mulheres compara-se a essa mãe, mas nunca a alcançam porque ela é uma fantasia. Algumas mulheres pensam que “bom o suficiente” (Winnicott, 1978) não é aceitável, porque soa como conformismo. E esforçar-se para a perfeição ajusta as mulheres para não sentirem vergonha e culpa (Sacks, 2019).

De fato, o nascimento da mãe também é doloroso: para além das transformações psicossociais, as mudanças orgânicas associadas a gravidez e ao parto são acontecimentos também marcantes na vida de qualquer mulher. São fases repletas de experiências únicas e totalmente individuais onde cada uma sofre suas influências e repercussões de forma distinta. A transição para a maternidade enquanto período de desafios e transformações, nomeadamente, a gravidez, o parto e o período após o parto, são experiências carregadas de valores, sensações, sentimentos, das quais cada mulher vivenciará de acordo com suas perspectivas. Independente de cada vivência, o evento do nascimento de um filho pode levar a diversas consequências para sua saúde, sendo elas físicas ou psicológicas, ainda que anos depois (Fahey et al., 2013).

A experiência de gerar um filho é um momento de destaque vital da mulher e do homem com repercussões importantes para seus meios sociais e familiares. Do

ponto de vista psicológico, invariavelmente, a gestação é um período de intensas mudanças na psique da mulher, pois gera imensas expectativas, planos e projetos desenvolvidos por ela e pela família. Tal processo de significação está intrinsecamente ligado ao envolvimento psicoafetivo da unidade família (Silva & Silva, 2007). A gravidez pode ser considerada então como uma fase marcada por um estado de tensão, devido à expectativa das grandes mudanças que estão e continuarão a acontecer, principalmente para a mulher que passa, então, a se ver e ser vista de maneira diferenciada, formando-se um novo papel: o de ser mãe.

Do ponto de vista físico, ocorrem alterações hormonais muito importantes, marcadamente um aumento contínuo das concentrações de duas principais hormonas femininas: a progesterona e o estrogénio, até atingir valores muito elevados. Assim, pode-se entender que a gestação afeta praticamente todas as hormonas do organismo materno. São diversas as transformações que ocorrem no organismo da grávida, e estas estarão interferindo no dia a dia da mulher, incluindo sexualidade, prazer e relação a dois. Essas alterações fisiológicas associadas à gestação podem ser subtis ou marcantes. Embora sejam normais e necessárias, podem ser desconfortáveis e até mesmo causar medo (Camacho et al. 2010 in Pio & Capel, 2015).

Do ponto de vista social e cultural, a reprodução afeta a mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: sua educação, seu trabalho, seu envolvimento político e social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua vida e seus sonhos (MS – BRASIL, 2013).

É sabido que durante a gestação, a identidade materna é construída por meio de uma imagem idealizada de si como mãe e, também, do bebê como filho (Marasinghe, Karunananda, Amarasinghe, 2007). E assim ao longo dos meses da gravidez esta mulher vai experimentando o sentimento de ser mãe e ao mesmo tempo criando sua identidade materna. (Silva & Silva, 2007).

Para, além destas alterações individuais, as experiências da maternidade provocam muito efeitos sobre a vida emocional desse novo ser, uma vez que o relacionamento mãe-filho tem fundamental importância para o desenvolvimento psicológico do indivíduo, já que uma mãe “disponível” é capaz de proporcionar as condições básicas para o estabelecimento da saúde mental do filho, de acordo com o conceito de WINNICOTT (1978) in De Felice (2006). E essas condições podem começar muito cedo. Para o autor, a mãe “suficientemente boa” é capaz de desenvolver um estado psicológico muito especial ao final da gestação e nas primeiras

semanas após o parto – senso definido como estado de “Preocupação Materna Primária”. (WINNICOTT in De FELICE, 2006).

Ao referir-se às mulheres, o autor demonstra ainda que do lado delas, a maternidade traduz-se numa experiência intensa e dotada de imenso valor afetivo. Sentir-se confiante e segura em seu papel e poder realizá-lo com sentimentos de prazer e sucesso, afeta poderosamente sua própria autoestima e bem-estar emocional. Assim, é importante que esta transição seja bem cumprida por elas. (De FELICE, 2006)

O ano que se segue ao parto é o momento em que a mulher ultrapassa todas essas mudanças, fisiológicas, psicossociais e passa para o papel da maternidade, restabelece relacionamentos e trabalha para suprir as necessidades físicas e emocionais de seu bebê e de outros membros da família. (De Felice, 2006). Logo, devido ao fato de ser um período em que essas alterações, consagra-se em suas vidas, exige-lhes ajustamento e adaptação para essa nova fase (Oliveira et al. 2012).

Desta forma, o puerpério torna-se um momento em que as mulheres são vulneráveis a problemas de saúde diretamente relacionados ao parto e ao autocuidado (Fahey et al, 2013). Devido a tantas mudanças, tornam-se mais suscetíveis a desencadear disfunções, podendo comprometer diretamente o autocuidado, manifestando-se no desenvolvimento ou restabelecimento de comportamentos não saudáveis, como tabagismo ou até mesmo num estilo de vida ‘sedentário’. Do mesmo modo, podem propiciar ou intensificar doenças crônicas, metabólicas, do estado mental e questões sociais. Neste sentido, torna-se fundamental considerar também os fatores emocionais durante a assistência puerperal, já que, se mal conduzidos, podem interferir no desenvolvimento do papel materno e na saúde da mãe, do bebê e da nova família (Lima, 2013).

Posto isto, a rede de cuidados desempenhados pelos profissionais envolvidos em todas estas etapas tem um papel chave para o apoio às mães.

2.2. Políticas e serviços de saúde na gravidez, parto e pós-parto

Durante muito tempo, os cuidados prestados às mães e às crianças eram classificados como assuntos domésticos, sendo competência exclusiva das mulheres e parteiras (Martins, 2011). Tido como uma atividade eminentemente feminina, o parto

era praticamente vedado aos homens, um verdadeiro assunto entre mulheres, como sugere a etimologia da palavra inglesa para obstetrícia, *midwifery*, que no inglês antigo significa “entre mulheres” ou “com mulheres” descreve MARTINS in Vosne (2011). Para, além disso, e de uma divisão do trabalho entre homens e mulheres, o parto era desqualificado pelos médicos, como uma atividade inferior. Mesmo sendo uma especialidade bastante antiga a ginecologia só recebeu o status de uma especialidade médica a partir da segunda metade do século XIX, tendo sido definida como “ciência da mulher”. Assim, ficava definido o perfil de uma categoria de pacientes. No início do século XX a ginecologia já era uma especialidade reconhecida e as publicações da área gozavam de prestígio. As antigas práticas acerca do corpo da mulher cederam lugar a um campo do conhecimento sobre o corpo feminino bem mais amplo, definido e estruturado (MARTINS in Vone, 2011).

Todavia, com o decorrer dos tempos, o nível de responsabilidade foi-se alargando, tendo se transformado, gradualmente, numa prioridade de saúde pública (Martins, 2011). Desta forma, ao longo dos anos, diversas iniciativas colaboraram para o estabelecimento da mudança dos direitos femininos, em relação aos direitos humanos das mulheres. O facto mais marcante da década de 1970 foi a "Convenção para a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher" (1979), promovida pela ONU e ratificada por 101 países. Trata-se do "mais eficaz instrumento internacional que temos hoje de Direitos Humanos para as mulheres." No artigo 12, referente à Saúde e Planeamento Familiar, reza que "os Estados assegurarão: igualdade de acesso aos serviços de assistência médica, inclusive referente ao planeamento familiar e garantia de serviços médicos e de nutrição pré e pós-parto." (, 1994). Em relação à Declaração dos Direitos Humanos trouxe explícito o direito à saúde como forma de alcançar melhor padrão de vida, situando-o, portanto, como instrumento de acesso à cidadania, destacando "Todo homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os de serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle" (Combes & Haicault,1994).

Nos dias de hoje, a saúde da mulher e da criança constitui uma prioridade da política de saúde portuguesa cujo objetivo fundamental é a melhoria da prestação de cuidados deste grupo populacional (Santana,1999). Santana reflete que é importante enquadrar a assistência pré-natal num projeto político que responda às necessidades

e às exigências da sociedade, zelando pela saúde dos seus cidadãos e garantindo o acesso aos cuidados (Santana, 1999).

2.2.1 Gravidez

Em Portugal, no que se refere à vigilância da gravidez, atualmente, no manual de Vigilância Pré-natal e revisão de Puerpério da Direção Geral de Saúde (DGS) preconiza que sejam realizadas em torno de sete consultas ao longo da gravidez. As consultas de assistência pré-natal são marcadas mensalmente até à trigésima sexta semana de gravidez, quinzenalmente até à quadragésima semana e, a partir daqui, semanalmente, se a gravidez se prolongar até à quadragésima segunda semana. No entanto, devido à condicionalismos dos centros de saúde, estas consultas podem ser marcadas em esquema reduzido, num mínimo de seis consultas. As razões apontadas para a diferenciação do número de consultas estão, sobretudo, relacionadas com a situação clínica da mulher grávida (DGS, 2012).

Em relação aos cursos de preparação para o parto e parentalidade, o estudo realizado por Morgado e colaboradores in Pio & Oliveira (2014), comprova que a maioria das gestantes portuguesas realiza a preparação para o parto nos cuidados de saúde primários. Os grupos de preparação para o parto, também conhecidos como “Programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros”, não se restringem o controlo da dor e à colaboração da mulher e de sua família nesse processo. Inclui o interesse em informar e retirar dúvidas, produzir conhecimento e ouvir as preocupações da mulher. Os cursos de preparação para o parto, procuram: proporcionar à gestante informação necessária sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido; conter a ansiedade e o medo transmitidos de mães para filhas, para que a dor física não seja ampliada pela angústia; reduzir ao mínimo a dor, recorrendo a técnicas de respiração e relaxamento; ensinar a colaborar com o próprio corpo para que tudo corra da forma mais fácil e rápida possível; proporcionar o encontro com outras gestantes; informar os futuros pais, incentivando-os a serem mais participativos em todo o processo; e apresentar à mulher os ambientes de internação e de trabalho de parto (Couto, 2002 in Pio & Oliveira, 2014). A participação nos grupos de preparação para o parto bem como o pleno acesso do casal aos serviços públicos de saúde estão garantidos pela Lei 142/99 promulgada em 31 de Agosto (4a Alteração da Lei 4/84). Em seu 7o Artigo, a Lei especifica o direito à frequência de aulas de preparação para o parto, pelo tempo e número de vezes justificados, sem perda de

remuneração ou de qualquer regalia além de contemplar a participação dos pais, com as mesmas garantias trabalhistas (Portugal, 1999).(PIO & OLIVEIRA,2014).

2.2.2 Parto

Quanto ao parto, através do movimento da década de 1979 de se levar o parto para os hospitais, houve uma mudança do modelo de nascimento de base hospitalar, e observou-se uma queda impressionante nas taxas de mortalidade perinatal ao longo desse período: nos dados de 2012 verificam-se 4,2 óbitos em cada 1000 nascimentos, o que representa uma queda radical nas taxas . Contudo, o processo de hospitalização do parto tornou-o mais medicalizado, elevadas as taxas de cesarianas e de outras formas de intervenção (APPDM).

Em relação à assistência à mulher neste momento é objeto de grande medicalização. Apesar de a hospitalização ter colaborado para a queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde. O conflito gerado a partir desta mudança influencia as mulheres, entre outros fatores, a questionar a segurança do parto normal frente ao cirúrgico. Além disso, estudos já comprovaram que a violência institucional também pode exercer influência na escolha de grande parte das mulheres pela cesárea (MS – Brasil, 2015) (APDMGP,2015).

Segundo a OMS (2014), embora o desrespeito e os maus tratos possam ocorrer em qualquer momento da gravidez, no parto e no período pós-parto, as mulheres ficam especialmente vulneráveis durante o parto. Tais práticas podem ter consequências adversas diretas para a mãe e a criança. A OMS recomenda através do documento *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience - 2014* uma “maternidade respeitosa” – na qual sugere o cuidado organizado e prestado a todas as mulheres de forma a manter sua dignidade, privacidade e confidencialidade, garante a liberdade de danos e maus tratos e permite a escolha informada e o apoio contínuo durante o trabalho de parto e o parto.

Para, além disso, a “noção de segurança perinatal deve ser estendida para além da prevenção de morbidade ou mortalidade englobando o respeito pelos direitos humanos fundamentais das mulheres, incluindo respeito pela autonomia das mulheres, dignidade, sentimentos, escolhas e preferências, incluindo a escolha de um acompanhante” (White Ribbon Alliance, 2011). Assim, e considerando a abordagem à saúde através dos direitos humanos, a Organização Mundial da Saúde salienta que

existe evidência de que a participação das mulheres na concepção, implementação, avaliação e/ou gestão dos seus sistemas/serviços de saúde, a nível comunitário, está associada à melhoria da saúde e dos resultados em saúde (World Health Organization, 2013)

Considerando as percepções, apresentadas, fica claro que denotam imprescindível a implementação de uma prática de assistência pautada na humanização. Os relatos dão conta de que é preciso maior empatia pela equipa profissional na hora do parto, punição aos maus-tratos realizados, respeito ao plano de parto, revisão dos procedimentos inadequados, maior “empoderamento” da parturiente e conforme a recomendação da OMS, dignidade à mulher (OMS, 2014).

2.2.3 Pós-parto

Em relação ao puerpério, a atenção às mulheres está prevista no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção Geral de Saúde (DGS), sendo o esquema e periodicidade da consulta puerperal de baixo risco aconselhada a realizar-se entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto ou deve ser consagrada uma consulta no puerpério precoce (até ao 15º dia pós-parto) em puérperas com determinadas situações especiais. (DGS - Portugal, 2015). Somado a isso, de acordo com o inquérito “Experiências de Parto em Portugal”, realizado pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APPDMGP, 2015), e ao qual responderam mais de 3.800 mulheres, revela que 43,5 por cento das mulheres inquiridas não tiveram o parto que queriam, reforçando a importância do “empoderamento” e das mulheres enquanto agentes de suas próprias vidas.

Os relatórios públicos relativos à saúde materna informam que os serviços de assistência em Portugal são um exemplo internacional de evolução positiva, destacando a redução consistente das mortalidades infantil e materna. Contudo, quase metade das inquiridas tenha considerado que não tiveram o parto que gostariam ter tido. Além disso, estudos comprovam que em 2010, Portugal foi um dos países da Europa com as mais elevadas taxas de cesariana, episiotomias e induções, entre outras intervenções (European Perinatal Health Report, 2013; Ordem dos Enfermeiros, 2012). (APPDMGP, 2015)

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas

relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes). O cuidado no puerpério começou a receber atenção na sistematização de cuidados, no Brasil, em 1984, quando o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que incluía, além de ações educativas, de prevenção, diagnóstico, tratamento e recuperação, a assistência à mulher no climatério, em planejamento familiar, em doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e mama e, também, no Plano Nacional, parto e puerpério (MS; BRASIL, 2011). Antes disso, a atenção durante o processo gestacional era limitada a questões da gravidez e do parto (BRASIL, 2011a). Atualmente, a atenção à puérpera está prevista em diversos programas, como por exemplo, o manual técnico sobre parto, aborto e puerpério (BRASIL, 2001), o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002) e no Caderno de Atenção Básica (AB): atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2013). Entretanto, o que se tem percebido, é que a assistência a este período ainda se apresenta fragilizada na AB de saúde. Estudo destaca esta informação concluindo que a assistência à puérpera não se mostra efetiva como a da gestante durante o pré-natal (PN). Estes programas também indicam duas consultas, uma até 10 dias após o parto e outra até seis semanas após o parto. (SANTOS; BRITO; MAZZO, 2013).

As ações previstas nas políticas descritas são de imensa importância e contemplam ações voltadas principalmente para a gravidez e o parto. Assim como também são exploradas em maior incidência, questões relacionadas ao aleitamento, estresse, entretanto, os problemas decorrentes da saúde física e psicológica ao longo dos primeiros anos de maternidade parecem ser um negligenciados, criando uma imensa lacuna a ser explorada.

Assim como o pré-natal, a assistência à saúde pós-parto, que normalmente ocorre durante as seis primeiras semanas após o parto é considerado um cuidado muito importante para a saúde das novas mães. Ao contrário do acompanhamento de consultas pré-natais, existem poucas estatísticas sobre a utilização de cuidados de saúde pós-parto ou problemas de saúde pós-parto encontrados por novas mães. Não surpreendentemente, a extensão e o conteúdo dos cuidados de saúde pós-parto têm sido criticados por serem limitados e não capazes de atender às necessidades de

saúde das mulheres. Atrélado a este fato, muitas vezes os cuidados pós-parto não são continuados porque as novas mães ainda estão ocupadas e focadas, esforçando-se para se adaptar às mudanças de papéis e a uma nova família e novo ambiente (Mercer, 1985).

2.3.1 Modelos de cuidados preconizados na gravidez, parto e pós-parto

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam. Do ponto de vista de quem auxilia esse processo, sendo o papel dos profissionais de saúde são importantes, porém, coadjuvantes desta experiência. Têm a oportunidade de colocar o seu conhecimento ao serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. Entretanto, muitos profissionais veem a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é mais valorizado (Ministério da Saúde Brasil, 2012).

Em sentido contrário, em vários pontos do mundo assiste-se ao desenvolvimento de tendências que redirecionam à assistência à grávida, parturiente e puérpera para um novo modelo de cuidado. Tais tendências sugerem que os cuidados às mulheres no pós-parto se foquem no desenvolvimento de habilidades para a vida que promovam o bem-estar completo.

Um exemplo deste movimento é o Canadá, no qual a Agência de Saúde Pública, juntamente com especialistas em saúde materna e neonatal desenvolveram princípios orientadores baseados em evidências para a Filosofia e Princípio da Maternidade Centrada Na Mulher e no Recém - NASCIDO ou cuidado centrado na Família (FCMNC). Neste documento foram definidos princípios orientadores baseados em evidência para prestação de cuidados seguros, qualificados e individualizados. Trata-se de um processo complexo, multidimensional no qual as necessidades físicas, emocionais, psicossociais e espirituais da mulher, do recém-nascido e da família são

levadas em conta na conduta profissional (FCMNC, Canadá 2013). Estas diretrizes canadenses endossam e promovem uma maior aplicação deste conceito aos serviços de maternidade e cuidados neonatais, mas também incorporam abordagens recentes que enfocam não apenas sobre pré-concepção, gravidez, trabalho de parto, parto e cuidados pós-parto da mãe e filho saudáveis, mas também nos cuidados especializados ou intensivos que mães ou recém-nascidos podem exigir. Mais criticamente, eles enfatizam a importância da família em conjunção com o par mãe-bebê. (FCMNC, 2013).

Fahey e colaboradores (2013) apresentam os fundamentos para uma abordagem de promoção da saúde para atender às necessidades das mulheres no período pós-parto e apresenta o Modelo de Promoção da Saúde Materna Perinatal. Essa estrutura conceptual é construída em torno de uma definição de bem-estar materno que afirma que a saúde vai além da mera ausência de complicações médicas. No modelo, os elementos centrais de um pós-parto saudável são identificados e incluem não apenas a recuperação física, mas também a capacidade de atender às necessidades individuais e fazer uma transição bem-sucedida para a maternidade. Esses objetivos podem ser melhor alcançados ajudando as mulheres a desenvolver ou fortalecer quatro habilidades individuais de promoção da saúde: a capacidade de mobilizar apoio social, autoeficácia, estratégias positivas de confronto e expectativas realistas. Enquanto o modelo enfoca a mulher, a abordagem de promoção da saúde leva em consideração que a saúde materna neste período crítico afeta e é afetada pela sua família, rede social e comunidade (Fahey et al. 2013).

O estudo de Fahey et al., propõe um novo modelo de atenção à mulher no pós-parto e tem como foco o desenvolvimento de habilidades para a vida que promovam o bem-estar completo. O estudo também buscou compreender as necessidades da mulher no período pós-parto. A investigação sugere atitudes importantes no ano que se segue ao parto para diminuir os efeitos da transição física e psicossocial para as mulheres, visto que estão mais vulneráveis ao comprometimento da saúde não apenas por causas diretamente relacionadas ao parto, mas também pela diminuição do autocuidado relacionadas às demandas da nova maternidade. Nesse sentido, sugerem algumas ações como alterar a abordagem na saúde das mulheres focada no modelo hospitalocêntrico, focado em exames e tratamento de doenças para uma abordagem de promoção da saúde. O modelo sugere que é importante otimizar o atendimento no fortalecimento de 4 habilidades para a vida que demonstraram promover saúde, são eles: mobilização de apoio social, habilidades positivas de

enfrentamento, autoeficácia e expectativas realistas. Tais habilidades para a vida promovem a saúde diretamente, levando a melhores comportamentos de busca de saúde e indiretamente, servindo como “amortecedores” dos estressores deste período de tempo. Sugerem que os médicos ajudem as mulheres a aprimorar essas habilidades de vida por meio de mensagens educacionais direcionadas, atividades e recomendações durante o pré-parto e o período perinatal (Fahey et al., 2013).

Já nos EUA, outros estudos apontam que os prazos para o atendimento pós-parto devem ser reconsiderados, assim como o rastreio de rotina de saúde não deve ser limitada às primeiras semanas de vida do bebê e sim ser estendidos para um ano pós-parto. Walker e Wilging, 2000, in Cheng, Folows & Walkie (2000) Sugerem também que o tempo de visitas pós-parto deve ser flexível e baseado nas necessidades das novas mães (Cheng, Folows & Walkie, 2006).

2.4 Necessidades de saúde das mulheres na gravidez, parto e pós-parto.

Vários trabalhos têm reconhecido a importância de explorar as experiências das mulheres ao longo dos períodos da gravidez, parto e pós-parto, de forma a informar iniciativas de melhoria dos cuidados de saúde prestados. O estudo *Becoming a mother: a research synthesis of women's views on the experience of first-time mother (2011)*, verificou que as inquiridas apontaram como maiores necessidades melhorar a comunicação entre as mulheres em trabalho de parto e os profissionais. O estudo revela também que as mulheres muitas vezes são influenciadas pelos profissionais nas tomadas de decisão durante o trabalho parto, que impõe procedimentos em nome da "segurança" ou pelo poder da própria experiência. Além disso, as mulheres descreveram estar "perdidas" no campo da assistência médica e da linguagem técnica. Assim, elas solicitam que as informações e orientações dos especialistas durante a gravidez e o parto sejam mais esclarecedora a fim de ter mais autonomia / controle no momento do parto e na maternidade. Os dados descrevem também como necessidade a melhoria da qualidade dos profissionais de saúde, mais cursos de educação em saúde e assim como mais produções literárias sobre o assunto da gravidez/ parto e puerpério. (Brunton, Wiggins, Oakley; Londres, 2011).

O inquérito *Listening to MothersSM III: Pregnancy and Birth (2013)*, realizado nos EUA entre julho de 2011 a junho de 2012 por Declercq et al. 2013, dedicou-se a compreender experiências e perspectivas de mulheres grávidas e usar este conhecimento para melhorar a política, a prática da assistência e a educação / sobre

cuidados maternos. O estudo ouviu 2.400 mães de 18 a 45 responderam à pesquisa online nos EUA. A pesquisa forneceu dados abrangentes sobre o bem-estar das mulheres americanas na gravidez, parto e pós-parto para saber quais são os problemas de saúde que as mulheres dos EUA têm após o parto. Os resultados indicaram dados desde a intenção e planejamento de engravidar, passando pela escolha os porquês das escolhas dos profissionais e hospitais, a comunicação com esses profssionas, particiticipação em cursos preparatórios para o parto, tipo de parto, até o parto e intervenções realizadas no parto. O inquérito referiu, por exemplo, que 10 % das mulheres havia sido mal tratada após o nascimento de seus filhos nos hospitais. Em relação ao pós-parto, foi descrito que a maioria das mulheres relatou estresse, exaustão e distúrbios do sono após o parto, incluindo muitos para quem esses são problemas importantes ou persistentes. Além disso, mais de metade das mulheres relataram se sentir estressadas nos primeiros dois meses e que o problema persistiu por pelo menos seis meses. Á respeito das necessidades de bem estar, os autores buscaram perceber o quanto o bem-estar físico e emocional das mulheres após o nascimento afetaram sua capacidade de cuidar de seus bebês. Na pesquisa, as mães foram solicitadas a avaliar se problemas físicos ou emocionais interferiam em sua capacidade de cuidar de seu bebê nos dois primeiros meses após o nascimento, e 37% relataram que sua saúde física pós-parto interferiu em sua capacidade de cuidar de seu bebê, enquanto que para 29% foi à saúde emocional que as prejudicara. (DECLERCQ *et al* 2013)

No que se refere ao pós-parto, o estudo *Support and continuity during the first 2 weeks postpartum* demonstra que todos os elos da cadeia de atendimento – descrito como “uma cadeia de cuidados” com três elos: cuidados pré-natais, cuidados pós-parto e cuidados da saúde infantil - são importante para o apoio das mães durante as primeiras 2 semanas após o parto e ainda que a continuidade dos cuidados precisa ser melhorada na Suécia para que possa aumentar a qualidade do atendimento para novas mães.O estudo refere que para garantir a continuidade, todos os três elos na cadeia de atendimento devem ser engajados e a colaboração profissional instigada, para garantir qualidade de atendimento para todos os novos mães. (M. Barimani et al., 2015).

Assim, com base na revisão bibliográfica, os dados explorados na busca sobre as políticas, modelos de assistência e quais as necessidades de saúde materna indicaram relevância sobre o tema desta investigação. Tendo em vista o cenário observado, é essencial verificar quais as preocupações e necessidades encontradas

pelas mães utentes desses cuidados. Para, além disso, é preciso saber, qual a percepção das mulheres em relação a estes.

3. Justificação do tema, finalidade e objectivos

A revisão de literatura apresentada mostra o papel central da saúde da mulher para o bem-estar da própria e da família, com particular destaque para o período da transição para a maternidade, pelos diversos desafios físicos e psicossociais que envolve. Embora as políticas e serviços de saúde reconheçam a importância deste período e estejam organizados serviços que pretendem responder às necessidades de saúde da mulher, a evidência aponta a necessidade de atentar a alguns problemas e sugere a importância de dedicar mais atenção à saúde da mulher no período pós-parto. No mesmo sentido, a investigação centrada nas preocupações e necessidades de saúde das mulheres ao longo deste período também reforça essas necessidades de melhoria. Neste sentido, este trabalho teve como objetivo analisar as necessidades e preocupações de saúde das mães bem como as suas experiências e percepções quanto aos cuidados oferecidos para sua saúde física e emocional na gravidez, parto e primeiro ano pós-parto. Ainda que o objetivo inicial desta investigação seja focado no primeiro ano a seguir ao parto, tornou-se imprescindível, mesmo que para um enfoque comparativo, a abordagem sobre a gravidez e o parto. A questão apresentou-se da seguinte maneira: Quais as necessidades e preocupações de saúde das mulheres na gravidez, parto e doze meses após o parto?

Objetivo geral:

- Descrever e compreender as necessidades e preocupações das mulheres na gravidez, parto e primeiro ano após o parto.

Objetivos específicos:

- Caracterizar as necessidades/preocupações de saúde das mulheres no período da gravidez, parto e doze meses após o parto.
- Caracterizar o estado de saúde, sinais e sintomas das mulheres no período da gravidez, parto e doze meses após o parto.

- Descrever as experiências de cuidados de saúde recebidos pelas mulheres no período da gravidez, parto e doze meses após o parto.
- Descrever as necessidades de melhoria nos serviços oferecidos às mulheres no período da gravidez, parto e doze meses após o parto.

4. Materiais e Métodos

4.1 População e amostra

A população deste estudo abrange todas as mulheres com filhos que tenham idade acima de 18 anos portuguesas ou de outras nacionalidades que falem português.

Foi realizado um estudo exploratório e fixado um período para captação da amostra. A amostra é constituída por 452 indivíduos.

4.2. Tipo de estudo

Foi adotada uma abordagem quantitativa, com recurso a uma metodologia de do tipo observacional, transversal e descritivo.

4.3 Instrumento de recolha de dados

A técnica de recolha de dados escolhida foi o questionário. Uma vez que os objetivos de recolha de dados deste estudo não correspondiam na íntegra aos objetivos de nenhum questionário disponível, que alguns dos questionários utilizados na área não abrangem os três períodos compreendidos por este estudo (gravidez parto e 12 meses após o parto) e que outros incluem dimensões que não se pretendia explorar neste trabalho, optou-se pela construção de um questionário especificamente para este estudo. Os itens do questionário derivaram da investigação nesta área e, particularmente, de alguns questionários utilizados noutros países, por exemplo os utilizados nos estudos *Listening to MothersSM III: Pregnancy and Birth* (2013), (Declercq et al. 2013); *Becoming a mother : A research synthesis of women's views on the experience of first time motherhood* (Brunton,Wiggins,Oakley, 2011).

Desenhámos um instrumento com 4 secções: (1) dados sociodemográficos, (2) informação sobre a gravidez, (3) informação sobre o parto, (4) informação sobre os 12 meses após o parto (anexo 1). Para caracterização sociodemográfica, foram usados os dados referentes à idade, escolaridade, estado civil, nacionalidade, número de

filhos e idade do bebé ao qual a resposta se referia. Para a caracterização dos períodos da gravidez, parto e pós-parto, foi solicitada informação sobre: frequência de consultas na vigilância da gravidez, assim como espaço para dúvidas e temas abordados, tipo de parto e satisfação das informações recebidas no parto, número de consultas no pós parto, principais queixas sobre saúde física e mental no período dos 12 meses pós parto e necessidade preocupações no período. No total, o questionário inclui 38 perguntas, das quais 2 de resposta aberta e 36 de resposta fechada, incluindo oito destas um campo “outros” e 1 aberta a comentários.

O questionário fora testado com indivíduos com a característica da população das quais mães e também profissionais de saúde (psicóloga, higienista oral e profissional de comunicação).

O questionário foi disponibilizado através da plataforma Survey Monkey. O questionário ficou disponível do período de maio / 20 a agosto/20.

4.4 Procedimento de recolha de dados

Previamente ao início da aplicação do questionário, foi realizado contato com pessoas engajadas na causa da maternidade, responsáveis por páginas em redes sociais e projectos voltados para maternidade “real”, direitos e saúde da mulher. Algumas delas profissionais da área do direito, comunicação e enfermagem onde foi apresentado o objetivo do estudo e questionando interesse em partilhar o questionário em suas páginas. Assim, após o aceite , os links foram disponibilizados conforme os períodos descritos no item 4.3.

Assim, a recolha de dados foi disponibilizada em quatro etapas, respectivamente nas datas: 17/06, 28/07, 03/08 e 13/08. Destes links foi colhida, seguidamente, a quantidade de respostas: 0, 0, 71 e 740. Deste total de 811 acessos apenas 452 completaram as respostas até o fim.

4.5 Análise de dados

Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva. As respostas abertas foram tratadas com recurso a análise de conteúdo, procedendo à identificação de temas e subtemas.

5. Resultados

5.1. Caracterização da amostra

Participaram neste estudo 452 mulheres, a maioria das quais, cerca de 90%, era de nacionalidade portuguesa, seguida por 11 % de nacionalidade brasileira, As participantes tinham idades compreendidas entre os 20 e os 47 anos, sendo que 50% apresentava 31 anos ou mais. Quanto à escolaridade, a maior parte das mulheres completou o ensino superior. A maioria das participantes estava casada ou numa união de facto (84%). Relativamente ao número de filhos, 85 % das mulheres referiram que as respostas do questionário referiam-se ao primeiro filho. Mais de 50% das participantes tinha bebés com idades até aos 6 meses.

Tabela 1. Dados sócios económicos das participantes

VARIÁVEL	Frequência	Percentagem %
Origem das participantes		
Angola	1	0,2%
Brasil	52	11,5%
Cabo Verde	1	0,2%
Moçambique	0	0,0%
Portugal	398	88,1%
Outros(Inglaterra, Venezuela e Suíça)	5	100%
Idade		
20 - 25	26	5,75%
26 -30	190	38,05%
31-36	181	40,04%
37-41	51	9,96%
42-47	4	0,88%
Escolaridade		
Nenhum nível de ensino	0	0,00%
1.º ciclo do ensino básico	0	0,00%
2º ciclo do ensino básico	2	0,44%
3.º ciclo do ensino básico	10	2,21%
Ensino secundário	109	24,12%
Superior	331	73,23%
Estado civil		
solteira	71	15,71%
casada ou união de fato	380	84,07%
separada ou divorciada	1	0,22%
viúva	0	0,00%
Refere-se a qual filho?		
1º filho	386	85,40%
2º filho	56	12,39%
3º filho ou mais	10	2,21%
Idade do filho		
Até 3 meses	157	34,73%
De 3 a 6 meses	112	24,78%
De 6 a 9 meses	50	11,06%
De 9 a 12 meses	33	7,30%
> 12 meses	100	22,12%

5.2. Gravidez: caracterização, acompanhamento e necessidades

Ao tomar conhecimento da gravidez, 72 % das mulheres procurou em primeiro lugar o ginecologista/obstetra (Gráfico 1). A maioria das mulheres (63%) realizou a vigilância da gravidez na rede particular de saúde (Tabela 2). Quanto ao número de consultas, 63% realizaram mais de sete consultas de acompanhamento da gravidez, sendo que 76% das mulheres tiveram consultas com o mesmo profissional durante toda a gestação. Para 78% das participantes, a gravidez foi de baixo risco. Mais de metade da amostra (58,6%) participou num curso de preparação para o parto e parentalidade.

Gráfico 1: Primeiro profissional de saúde que consultou quando soube que estava grávida

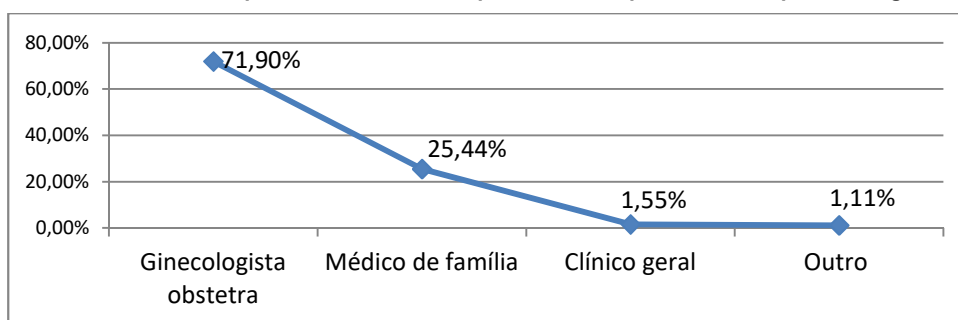


Tabela 2 – Gravidez e cuidados de saúde

VARIÁVEL	Frequência	Porcentagem %
Tipo de gravidez		
Baixo risco	357	78,98%
Alto risco	95	21,02%
Profissional de saúde que consultou quando soube que estava grávida?		
Ginecologista obstetra	325	71,90%
Médico de família	115	25,44%
Clínico geral	7	1,55%
Outro	5	1,11%
Rede de atendimento		
Particular	281	62,17%
Pública	171	37,83%
Foi acompanhada pelo mesmo profissional toda a gravidez?		
Sim	348	76,99%
Não	104	23,01%
Nº de consultas vigilância da gravidez		
Nenhuma	1	0,22%
De 1 a 3 consultas	15	3,32%
De 3 a 5 consultas	46	10,18%
De 5 a 7 consultas	103	22,79%
> 7 consultas	287	63,50%
Participou de curso para a parentalidade		
sim	265	58,63%
não	187	41,37%

Relativamente à comunicação com os profissionais de saúde, 67% das participantes reportaram ter tido sempre oportunidade para expor as suas dúvidas nas consultas. A respeito das informações que gostariam de ter recebido nas consultas médicas (Tabela 3), os tópicos mais selecionados pelas participantes foram: alterações físicas (48,5%), alterações emocionais (47,4%), preparação para a parentalidade (43,8%) e sinais de alarme de parto e trabalho de parto (41,6%). saúde oral, atividade física, nutrição e preparação para parentalidade.

Tabela 3 - Necessidades de informação nas consultas de vigilância da gravidez

Necessidade de Informação nas consultas de vigilância da gravidez	Frequência	Percentagem%
suplementação alimentar	119	26,33%
vacinação	100	22,12%
cuidados com a alimentação	130	28,76%
atividade física	139	30,75%
consumo de álcool	25	5,53%
consumo de tabaco	20	4,42%
alterações físicas	219	48,45%
saúde oral	136	30,09%
alterações emocionais (choro fácil, irritabilidade, etc)	214	47,35%
sinais de alarme de parto e trabalho de parto	188	41,59%
segurança rodoviária	131	28,98%
preparação para parentalidade	198	43,81%
sexualidade na gravidez	117	25,88%
Outros	40	8,85%

Quase metade das participantes comentaram estar satisfeitas com os temas abordados nas consultas, mas várias sugeriram temas adicionais à lista disponibilizada (tabela 5), dos quais se destacam informações sobre o parto e plano de parto (17,5%) e informações sobre amamentação (15%).

Tabela 4 - Sugestões de temas a abordar nas consultas de vigilância da gravidez

Sugestões de temas a abordar nas consultas de vigilância da gravidez		
	Frequência	Percentagem%
Satisfeitas com os temas abordados	19	47,50%
Estilo de vida	2	0,05%
Amamentação	6	15,00%
Alterações físicas	2	0,05%
Parto	7	17,50%
Pós-parto	4	0,1%
	40	100,00%

5.3. Experiências durante o parto

Quase 50% das participantes tiveram um parto normal, e cerca de 18% tiveram uma cesariana programada. A maioria dos nascimentos (70%) ocorreram entre as 39 e as 41 semanas. Portugal foi o local onde 86% das mulheres tiveram os seus filhos, (Tabela 5).

Tabela 5- Informações gerais sobre o parto

Local de parto		
Brasil	31	6,86%
Portugal	390	86,28%
Outro	31	6,86%
Outros Locais de parto		
Alemanha	8	25,81%
Bélgica	2	6,45%
Dinamarca	1	3,23%
França	3	9,68%
Grécia	1	3,23%
Inglaterra	5	16,13%
Irlanda	1	3,23%
Itália	1	3,23%
Macau	1	3,23%
Suíça	5	16,13%
Países Baixos	1	3,23%
Ucrânia	1	3,23%
total	31	100,00%
Quando ocorreu o parto		
antes de 36 semanas	23	5,09%
entre 36 e 38 semanas	107	23,67%
entre 39 e 41 semanas	317	70,13%
42 semanas ou +	5	1,11%
Tipo de parto		
normal sem anestesia		
normal com anestesia	219	48,45%
cesárea com data marcada	80	17,70%
cesárea de urgência	91	20,13%
Outro	22	4,87%

Das preocupações quanto ao parto, 73% das mulheres assinalaram que eram as complicações durante o parto, seguidas de não poder ter acompanhante (50%) e da dor (50%) e de uma episiotomia desnecessária (45%).

Tabela 6 – Preocupações relacionadas com o parto

Preocupações na hora do parto		
Anestesia	102	22,57%
Dor	225	49,78%
não poder ter acompanhante durante o parto	224	49,56%
complicações durante o parto	331	73,23%
não ter a devida atenção por parte da equipa profissional	167	36,95%
ameaças por parte da equipa profissional (grito, desrespeito, chacota, etc)	141	31,19%
Hemorragia	88	19,47%
omissão de informação	151	33,41%
não receber medicação para alívio da dor	77	17,04%
episiotomia desnecessária	202	44,69%
Outro	22	4,87%

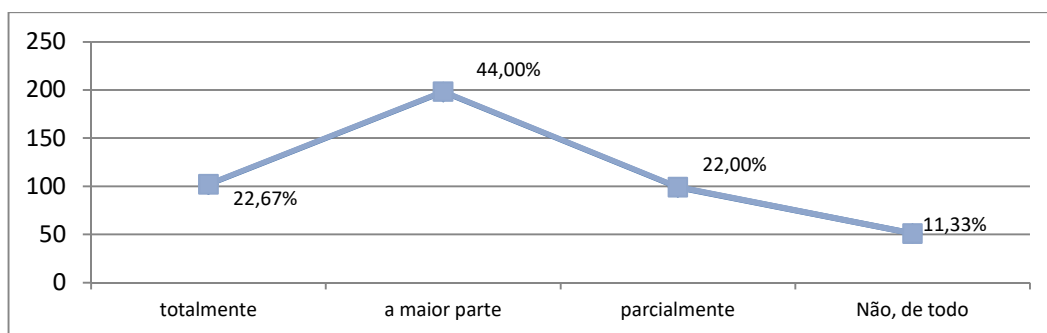
Mais de metade das participantes (60%) afirmaram ter sofrido os problemas que temiam, com destaque para a violência obstétrica e não poder ter um acompanhante (Tabela 7).

Tabela 7 – Problemas vivenciados no parto

Sofreu algum dos problemas que tenha referido medo?		
Sim	181	40,04%
Não	271	59,96%
Problemas identificados		
Problemas Fisiológicos		
Hemorragia	1	0,66%
complicações no parto	14	9,21%
Episiotomia	15	9,87%
Dor	4	2,63%
problemas pós cirurgico cesariana	1	0,66%
Relacionados com a Covid - 19		
Falta de acompanhante	42	27,63%
Ausência de atenção por parte da equipa	4	2,63%
Relacionados com Violência Obstétrica		
Episiotomia não consentida	7	4,61%
Ameaça por parte da equipa	2	1,32%
Atendimento desrespeitoso	24	15,79%
Falta de informação sobre procedimentos / rotinas	16	10,53%
"Toques" excessivos	3	1,97%
Procedimentos / manobras "agressivas"	6	3,95%
Não ter recebido anestesia	9	5,92%
Plano de Parto não respeitado	4	2,63%
Total	152	

Em relação às orientações recebidas no hospital após o parto, 44% das mulheres consideraram ter recebido a maior parte das informações ou explicações de que precisava sobre sua recuperação (Gráfico 2).

Gráfico 2- Satisfação com as informações recebidas no hospital



5.4. Experiências nos 12 meses após o parto

Relativamente às principais preocupações e necessidades vividas nos 12 meses após o parto, cerca de 73% das respondentes selecionaram a “necessidade de mais tempo para si”, seguida do item “ajuda para as tarefas domésticas” com 52% (Gráfico 3). No campo outros, o apoio emocional foi a necessidade mais sinalizada (tabela 8).

Gráfico 3 –Necessidades nos 12 meses após o parto

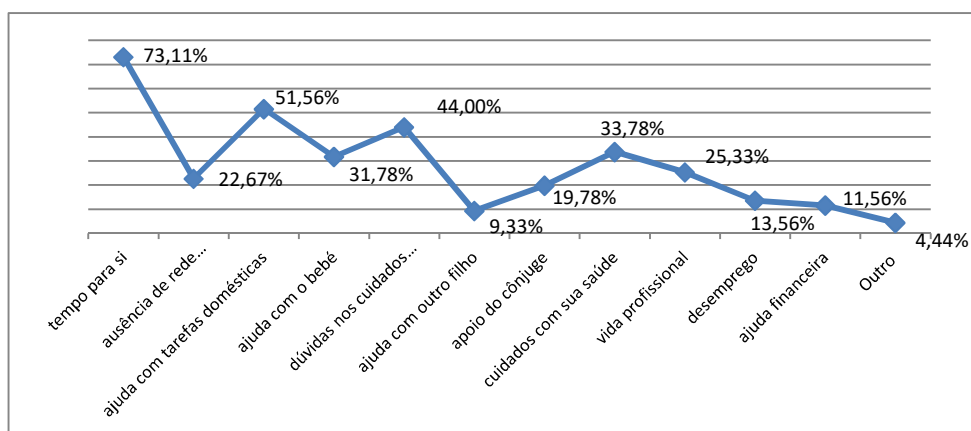


Tabela 8 – Referente ao campo outras necessidades observadas no 12 meses pós-parto

VARIÁVEL	Frequência	Percentagem %
Outras preocupações / necessidades s nos 12 meses após o parto		
Alterações fisiológicas	2	11,11%
Amamentação	1	5,56%
Atividade física	1	5,56%
Medo da Covid-19	1	5,56%
Apoio Emocional	5	27,78%
Icontinência urinária	1	5,56%
Rede de apoio	2	11,11%
Sexualidade	1	5,56%
Cuidados com a Cicatriz	1	5,56%
Falta de cuidado com a mãe	1	5,56%
Sono	2	11,11%
Total	18	100%

Quanto às queixas em relação à saúde (gráfico 4), 50% das participantes apontaram as “dores nas costas” e a “falta de energia”, seguidas pela “dor ao amamentar” (31%). As mulheres incluíram ainda um conjunto de outras queixas adicionais (Tabela 9).

Gráfico 4 – Queixas sobre saúde física 12 meses após parto

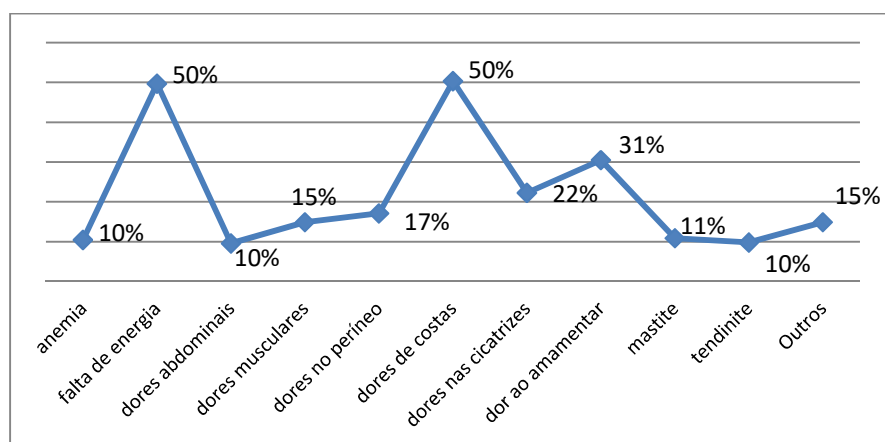
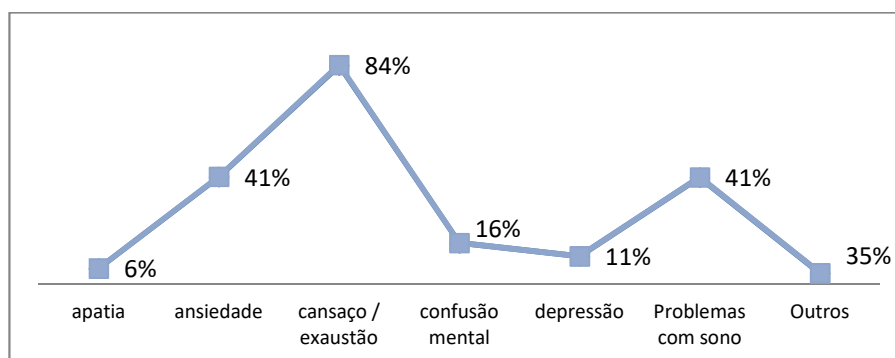


Tabela 9 – Referente ao campo outras queixas de saúde física 12 meses após o parto

VARIÁVEL	Frequência	Percentagem %
Outras queixas saúde física 12 meses pós parto		
Amamentação	2	3%
Privação de Sono	3	4%
Problema com peso	5	7%
Incontinência urinária	5	7%
Hemorroidas /	3	4%
Problemas Hormonais	4	6%
Doenças Articulares (tendinite,artose)	4	6%
Problema muscular	5	7%
Tensão arterial	2	3%
Reação a anestesia	3	4%
Problema com as mamas	3	4%
Infecções	3	4%
Problemas com a cicatriz	3	4%
Gretas	1	1%
Traumas por conta do parto	3	4%
Dores	6	9%
Diástase	3	4%
endometriose	2	3%
Retenção de líquidos	1	1%
Dificuldade de evacuar	1	1%
Cansaço	4	6%
Dor nas relações sexuais	2	3%
Total	68	100%

Já em relação à saúde mental, as principais queixas selecionadas foram cansaço e exaustão, verificado em 84% das respondentes. Problemas com o sono e ansiedade também foram apontados por cerca de 40% das mulheres

Gráfico 5 – Referente a queixas de saúde mental nos 12 meses após o parto



Quando convidadas a comparar seu estado de saúde atual como o de antes da gravidez, 53% das respondentes julgaram estar relativamente igual e 18% pior do que antes. No entanto, quando questionadas sobre o estado de saúde atual, a maior parte (79%) considerou a sua saúde boa, muito boa ou ótima.

Já em relação à saúde mental, as principais queixas selecionadas foram cansaço e exaustão, verificado em 84% das respondentes. Problemas com o sono e ansiedade também foram apontados por 40% das mulheres como um contributo negativo para o bem estar mental, assim como a ansiedade e apatia presente para 10% das participantes. Ainda abordadas sobre a saúde mental, somente 1,77% declararam ter sido diagnosticadas com depressão pós parto. Quando convidadas a comparar seu estado de saúde atual como o de antes da gravidez, 53% das respondentes julgaram estar relativamente igual e 18% pior do que antes. No entanto, quando questionadas sobre o estado de saúde atual, a maior parte considerou muito boa ou muito boa.

Tabela 10– Referente estado de saúde hoje e comparativo com estado antes da gravidez

Como avalia seu estado de saúde hoje		
Ótima	51	11%
muito boa	115	25%
Boa	195	43%
razoável	84	19%
Fraca	7	2%
	452	100%
Comparado com antes da gravidez - Como avalia seu estado de saúde hoje		
muito melhor	32	7%
melhor	93	21%
relativamente igual	241	53%
Pior	81	18%
muito pior	5	1%
	452	100%

No que se refere ao acompanhamento profissional no pós parto, apenas 14% receberam uma visita domiciliária para avaliação de sua saúde após o nascimento de seus bebês. Quanto à consulta de revisão do puerpério* com seu médico(a) no período de até 2 meses após o parto, 86% das mulheres relataram que havia sido realizada. Para além destas consultas, 59% das respondentes afirmaram ter realizado apenas uma consulta para revisão da sua saúde no período de 12 meses após o parto.

No que se refere ao encaminhamento para outros profissionais, 90% das mulheres relatou não ter sido encaminhada para nenhum outro profissional pelo seu médico. Contudo, mais de metade das mulheres (55 %) recorreu a outro profissional de saúde por conta própria (Tabela 11).

Em relação aos profissionais de saúde, 75% das respondentes reportaram ter tido tempo e oportunidade para colocar questões e dúvidas a maior parte das vezes ou sempre. Quanto à informação e aconselhamento abordados nestas consultas pelos médicos, os temas mais assinalados foram os métodos contraceptivos, aleitamento materno, saúde reprodutiva e relações sexuais.

Tabela 11 – Qual profissional buscou por conta própria

Qual profissional buscou		
Acupuntura	2	7%
Conselheira de amamentação	9	33%
Dentista	1	4%
Dermatologista	3	11%
Endocrinologista	2	7%
Enfermeiro	2	7%
Fisioterapia pélvica	4	14%
Médico de mastite	1	4%
Médico de mastite	1	4%
Osteopata	2	7%
Pediatra	1	4%
Quiroprata	1	4%

Tabela 12- Temas abordados nas consultas pós-parto

Temas abordados nas consultas pós-parto		
métodos contraceptivos	403	90,77%
saúde reprodutiva / planeamento familiar	135	30,41%
relações sexuais	166	37,39%
transformações emocionais	68	15,32%
vacinação	105	23,65%
aleitamento materno	218	49,10%
aleitamento artificial	67	15,09%
dinâmica familiar / parentalidade*	25	5,63%
suplementação	75	16,89%
recuperação em grupo pós-parto	21	4,73%
atividade física	104	23,42%
queixas de dores	79	17,79%
nutrição	35	7,88%
saúde da mulher	90	20,27%

5.5. Comentários e sugestões para melhorar a experiência de cuidados na gravidez, parto e pós-parto

Das participantes, 181 mulheres fizeram comentários e sugestões. A categorização é apresentada na tabela 14,15 e16. Cerca de um quarto das mulheres fizeram comentários gerais, reportando uma satisfação geral com os cuidados, relatando experiências internacionais ou referindo que não tinham nada a acrescentar.

“O meu parto foi excelente, respeitaram-me, explicaram-me as coisas. Foi incrível e indolor!! Quanto às consultas pós parto, a minha médica meteu baixa devido ao covid e quem me acompanhou foi a enfermeira. Enfermeira A. M. um anjo!! Ajudou me com a amamentação, com os cuidados ao bebé, o relacionamento entre mim e o meu companheiro. Viva o SNS.”

“Felizmente não tenho quaisquer razões de queixa e sempre fui bem acompanhada nos cuidados de saúde da minha Obstetra no hospital, da enfermeira com quem tive consulta domiciliária pós parto e da minha fisioterapeuta que me acompanhou até aos 6 meses pós parto.”

“Fiquei com sequelas graves resultantes de um parto instrumentalizado e estou a pagar do meu bolso exames de diagnósticos e fisioterapia”.

“Estive grávida fora de Portugal e os cuidados durante a gravidez são diferentes e o acompanhamento também. Há muita informação disponível e poucas restrições à gestante

Tabela 13 – Categorização dos comentários gerais

Categorização				
Categorização	Subcategorias	Comentários	F	Percentagem%
Satisfeitas em geral		“Como tive acesso a uma equipe particular especializada em parto natural humanizado, minha assistência foi 1:1 e foi muito completa. Tive acompanhamento do obstetra e acesso a fisioterapia pélvica, acupuntura, doula e nutricionista. Considero que por iniciativa Minha e incentivo da equipe que escolhi, meu acompanhamento De saúde durante e após a gestação está sendo bem completo. “	30	17%
Experiências Internacionais		“Estive grávida fora de Portugal e os cuidados durante a gravidez são diferentes e o acompanhamento também. Há muita informação disponível e poucas restrições à gestante em termos de cuidados alimentares por exemplo. Sinto que aqui em Inglaterra, as coisas se levam de maneira mais relaxada e de maneira mais “natural”. O bebé nasceu as 39 semanas de parto vaginal e tive uma experiência muito boa e um parto super positivo. Tive apenas um parteiro comigo, que me apoiou e guiou para que o parto corresse o melhor possível.”	4	2%
Nada a comentar			11	6%

Sobre a gravidez algumas poucas mulheres fizeram críticas aos serviços de vigilância da gravidez, conforme a tabela 14

Tabela 14 - Comentários sobre a gravidez

Gravidez n (181)			
Críticas serviços vigilância gravidez	Informações/orientações nas consultas	“Acho que os profissionais de saúde, no serviço público, que acompanham a gravidez deveriam ter mais empatia (...) e explicar todos os procedimentos, consequências e opções que esta pode ter.”	1%
		“A mim o que me fez mais falta foram as aulas de preparação para o parto. O pai não estar presente nas consultas durante grande parte da gravidez e a incerteza dos cuidados de saúde que teria foram bastante desgastantes. “	2%
			3

Um pequeno grupo de participantes relatou experiências de violência obstétrica, remetendo, por exemplo, para manobras invasivas durante o parto e desrespeito à parturiente(Tabela 15).

“Fiquei com sequelas graves resultantes de um parto instrumentalizado e estou a pagar do meu bolso exames de diagnósticos e fisioterapia”.

“O meu parto foi no hospital do Barreiro, onde fui muito mal tratada pelas equipas de enfermagem. O meu marido apresentou reclamação na altura, eu não conseguia recordar aquele dia terrível em que me induziram o parto. Tiraram-me toda a dignidade. Induziram o parto e fiquei presa a uma cama 23h, com dores e sem auxílio. Estive quase 2h a chamar por alguém para me darem água. Não me deixaram ficar com a garrafa que levei. Queria urinar sentada e não me deixavam. Se me mexia, vinham ralhar comigo por causa do CTG. Disseram-me coisas horríveis. Estive assim 23h. Passadas estas horas uma enfermeira que tinha acabado de entrar no turno, arrogante, quis fazer a cama. Obrigou-me a levantar quando eu estava a 40 minutos de ter a minha bebé e com 9cm de dilatação. Ao fazer a cama deixou cair um lençol. Eu avisei que o lençol caiu e ela obrigou-me a apanhá-lo, estando eu cheia de dores e depois de ter estado imóvel todo aquele tempo. Por favor façam alguma coisa pela dignidade das mulheres no momento do parto. Fiquei marcada de forma negativa para o resto da vida, e só agora passados quase 3 meses é que me apercebo que não esqueci e não passou. Que eu própria tenho de procurar ajuda nesta fase, e sinto-me completamente sozinha.”

Tabela 15 - Comentários sobre necessidades parto

P a r t o				
Categorização	Subcategorias	Comentários	F	Porcentagem%
Experiências de violência obstétrica		"Nunca pensei que em pleno século XXI me tratassem como uma coisa no trabalho de parto e parto. "	13	7%
Pandemia	Alterações nos serviços	"Até ao covid, sempre fui muito bem acompanhada no sistema nacional de saúde, sem nenhuma queixa! ContudoC após a pandemia todos os cuidados normais pós-parte foram cancelados e aí senti-me mais "abandonada/perdida". "	14	8%
	Ausência de acompanhante no parto	"Ausência do meu marido durante o tempo de internamento foi desumano"	7	4%
	Omissão de cuidados no parto		8	4%
Suporte	Omissão de informação / orientações profissionais	"Não me senti acolhida pelas enfermeiras do hospital em que minha filha nasceu, principalmente no tocante a amamentação".	2	1%
Total			44	24%
			181	

Um número substancial de comentários remeteram para as necessidades sentidas durante o período após o parto e sugestões de serviços para esse período. Várias mulheres apontaram como necessidades a maior atenção à mãe ao nível dos cuidados de saúde (tabela 16)

"Senti muita falta do cuidado à mãe, depois do bebé nascer. Perguntei várias vezes ao médico se devia ter alguma consulta para avaliação geral e foi sempre desvalorizado"

"Como fui seguida pela médica de família senti que, após o parto, as "atenções" foram direcionadas apenas para a criança"

"Senti um grande abandono após o parto, em que a preocupação deveria ser a saúde da mulher. Numa altura em que o nosso corpo muda tanto, existe pouco apoio, informação e formação para certas questões - no meu caso, a bexiga (ligeira incontinência) e preocupação com a diástase abdominal (que resolvi de forma autónoma)."

"Durante a gravidez tratam-nos bem e somos prioridade em tudo. Depois do bebé nascer é que parece que se esquecem todos de nós. As atenções viram-se todas para o bebé."

"Não existe um acompanhamento regulamentado para a mulher no pós-parto, o acompanhamento é só para a criança"

"Lamentavelmente o hospital onde fui seguida passado 2 meses ligou a informar que não

“Lamentavelmente o hospital onde fui seguida passado 2 meses ligou a informar que não tinha capacidade fazer revisão do parto”

“Durante a gravidez foi bem seguida e muito bem tratada. Após o parto que o acompanhamento também deveria ser exigente e cuidadoso, fomos postas de lado tendo apenas uma consulta com o médico de família. Tive que procurar ajuda externa porque não me sentia bem e passado 3 meses ainda com desconforto vaginal”.

Várias participantes fizeram sugestões concretas de serviços para o período pós parto, nomeadamente uma maior atenção dos serviços em relação à saúde mental, apoio à amamentação e apoio à parentalidade. (tabela 16)

“A saúde mental da mulher no pós-parto e principalmente durante esta pandemia deveria ser mais discutida”

“Penso que grande parte dos problemas seriam resolvidos com a atualização dos profissionais que já atuam há muito tempo na área, medicina com baseada em estudos/factos. Já não podemos ouvir que nossos bebés não engordam pq nosso leite não presta, ao invés de perguntar se a mãe bebe água, dorme, se o bebé faz sucção ativa, etc. Só te dizem que não está bem, mandam dar a fórmula (uma qualquer) no biberão, sem a mínima preocupação com o quanto isso poderá prejudicar a amamentação e os efeitos psicológicos de não amamentar (para a mãe e para o bebé). Isso é uma urgência entre muitas outras! Atualização é pra ontem!”

“Senti na maternidade pouco apoio e informação sobre amamentação”

Tabela 16 - Comentários sobre necessidades 12 meses pós parto

Necessidades 12 meses pós parto				
Avaliação dos serviços	Críticas serviços cuidado pós parto	As consultas pós parto, nos centros de saúde não existem... É um desamparado extremo, um sentir que não temos a quem recorrer, principalmente se não fomos acompanhadas no privado e só o conseguimos ser através do SNS.... Acho que o pos parto é completamente esquecido.... Eu senti e ainda sinto...	15	8%
	Sugestões de serviços no puerpério	"Temos de investir além do básico. Devia haver acompanhamento de várias areas para a mulher que passou a ser mae. Nutricionista, fisioterapeuta, ginecologista..."	33	18%
	Ausência de serviços no pós parto	"As consultas pós parto, nos centros de saúde não existem... É um desamparado extremo, um sentir que não temos a quem recorrer, principalmente se não fomos acompanhadas no privado e só o conseguimos ser através do SNS.... Acho que o pos parto é completamente esquecido.... Eu senti e ainda sinto."	4	2%
Suporte	Amamentação	"Julgo que por ter tido um bebé tudo foi mais difícil no pós parto, pois gostaria de ter tido uma enfermeira no início para ajudar com a amamentação e não foi possível."	9	5%
	Orientações / Informações	"Penso que deve haver mais informação em relação ao trabalho de parto.No pós-parto, deveria haver mais acompanhamento à Mãe. Só tive a consulta do pós-parto, mais nenhum. Já procurei outros profissionais, nomeadamente um fisioterapeuta pélvico que desconhecia existir, se não fossem algumas contas de instagram de enfermeiros (e não só) que sigo. "	9	5%
	Atenção à mãe	"No pós-parto, deveria haver mais acompanhamento à Mãe. Só tive a consulta do pós-parto, mais nenhum. Já procurei outros profissionais, nomeadamente um fisioterapeuta pélvico que desconhecia existir, se não fossem algumas contas de instagram de enfermeiros (e não só) que sigo."	22	12%
			181	

Pelo facto do questionário ter sido aplicado em plena pandemia, embora esta não fosse uma dimensão planeada para o presente estudo, algumas mulheres fizeram menção a necessidades e experiências negativas relacionadas com o período pandémico, destacando por exemplo a interrupção das atividades de vigilância e a falta do acompanhante ao longo do trabalho de parto e período de internamento.

"Até ao Covid, sempre fui muito bem acompanhada no sistema nacional de saúde, sem nenhuma queixa! Contudo após a pandemia todos os cuidados normais pós-parte foram cancelados e aí senti-me mais "abandonada/perdida".

“A mulher deveria ter sempre acompanhante, mesmo em tempo de Covid-19. Para além, do acompanhante permanecer mais tempo no hospital e não apenas uma hora. O nascimento de um bebé implica muitas alterações pessoais, emocionais, físicas e psíquicas o que requer alguém para nos apoiar em todas as horas. Não ter tido o meu marido comigo durante o trabalho de parto e só ter a visita dele por uma hora durante o dia foi o mais difícil. Senti-me emocionalmente frágil e revoltada”.

6. Discussão:

Este trabalho explorou as preocupações e necessidades das mulheres nos períodos da gravidez, parto e pós-parto. Os resultados fornecem pistas importantes para a organização de serviços de saúde dirigidos a este período, destacando principalmente as necessidades de um maior apoio à saúde das mulheres no período que se segue ao parto.

6.1. A Gravidez:

O facto de 72% das inquiridas ter ido a um ginecologista /obstetra assim que soube da gravidez, bem como a preferência de 62% do grupo avaliado de realizar a vigilância da gravidez na rede particular de saúde, pode denotar uma busca por um acompanhamento mais especializado por parte das gestantes, uma vez que o acompanhamento nos centros de saúde é realizado por médicos de família e enfermeiros. Isto também pode justificar-se pelo facto de algumas mulheres terem realizado o pré natal em outros países, uma vez que quase 14% dos partos ocorreram fora de Portugal. Conforme dados do estudo *Listening to Mothers II*, 78% das mulheres pesquisadas a vigilância da gravidez foi realizado por um ginecologista obstetra, seguido por apenas 9% de médicos de família e 8% por parteiras (Declercq et al, 2013).

As mulheres demonstraram estar satisfeitas com os temas abordados nas consultas de vigilância para a gravidez (47%), ainda que algumas delas (17,5%) tenham sugerido outros temas que gostariam fossem apresentados. Nessas consultas os tópicos mais abordados pelos profissionais foram as alterações físicas (48,5%), alterações emocionais (47,4%), preparação para a parentalidade (43,8%) e sinais de alarme de parto e trabalho de parto (41,6%). Os assuntos referidos pelas participantes parecem estar alinhados com os preconizados pela DGS no Programa Nacional de vigilância da gravidez de baixo risco, que sinaliza que “A obtenção de uma história clínica detalhada e a observação clínica são fundamentais na definição dos cuidados a prestar. Além disso, todas as informações recolhidas sobre saúde, estilos de vida, comportamentos e ambiente psicossocial são elementos essenciais para a prossecução deste objetivo. Permite, também, que possam ser prestadas informações e cuidados realmente centrados na mulher/casal/família” (DGS, 2015).

A comunicação com os profissionais de saúde foi satisfatória para a maioria (67%) das inquiridas, tendo tido sempre oportunidade para expor as suas dúvidas. Ainda assim, algumas mulheres expuseram críticas aos serviços da vigilância da gravidez, sendo alguns exemplos de comentários relacionados à empatia dos profissionais e explicações sobre o período gestacional e os procedimentos do parto. A boa relação médico-paciente é um fator importante para assegurar a segurança da mãe e a continuidade de uma boa vigilância da gravidez, como indica o Manual Técnico de Humanização do SUS (Brasil, 20): Um contexto favorável no pré-natal fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano, assim, cabe ao profissional responsável e a equipa de saúde, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família (Brasil, 2005).

As mulheres participantes da pesquisa *Listening to Mothers II* responderam que seus médicos ou profissionais de saúde responsável pelos cuidados pré-natais foram citados maior frequência como fontes "muito valiosas" seguidos por aulas de educação sobre parto e sites de gravidez / parto.

No que se refere à participação em Cursos de preparação para o parto e parentalidade, mais da metade (58,63%) das mulheres relataram ter participado de cursos. Conforme informações do estudo *Listening to Mothers II sobre a frequência das gestantes em cursos preparatórios para o parto*, 53% das mães relatou ter frequentado curso e que sentiam que este era importante para a preparação para o parto. No geral, 53% das mães tiveram aulas na gravidez atual ou em uma anterior (Declerq et al, 2013). O motivo de nem todas as mães terem participado do curso pode estar relacionado ao facto de algumas mães estarem na segunda ou terceira gestação ou ainda pela ausência de alguns serviços no período pandêmico. Ainda assim, a preparação para parto é uma etapa importante que permite a aquisição de conhecimentos sobre a gravidez, parto e o puerpério, auxiliando na criação de expectativas realistas, fornecendo maiores níveis de segurança e confiança que auxiliam na redução da dor e do mal-estar no trabalho de parto e parto e beneficiam as emoções positivas relativamente aos mesmos (Figueiredo et al., 2002; Hallgren, et al., 1995; McKey, 1990; Spiby et al., 2003 cit. in Costa, 2006).

Quando equiparado ao estudo *Becoming a mother*, quanto à maior preocupação das mulheres quanto ao parto, os temas apontados pela amostra descreveram que eram as complicações com o parto, a dor e a episiotomia, enquanto o outro estudo descreve como tema mais preocupante para as mulheres a ansiedade,

a dor, a falta de controle e o bem estar do bebê no trabalho de parto (Brunton, Wiggins, Oakley, 2011).

6.1.3 O parto:

Em relação o nascimento de seus bebês, o tipo de parto não pareceu representar um problema em si para as inquiridas, em contrapartida, em alguns relatos as mulheres demonstraram-se preocupadas com o cumprimento do plano de parto e com a violência sofrida na hora do parto. E quanto aos números coletados, o tipo de parto mais realizado entre as mulheres foi o normal com anestesia realizado por 49% das mulheres. Dados do APPGP (2015) em relação ao tipo de parto indicam que 33,2% (n=1121) das mulheres portuguesa teve parto por cesariana, valor próximo da média nacional segundo o Relatório Europeu de Saúde Perinatal (2010) e a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas (CNRTC). Assim, 66,8% (n= 2257) dos bebês nasceu por via vaginal. (APPGP , 2015)

Conforme apontaram os números desta investigação, a amostra condiz com que os serviços de saúde de Portugal vêm propagando a respeito da importância do parto normal. Números da OMS (2018) referente a 150 países indicam que 18,6% de todos os nascimentos ocorrem por cesariana, variando de 1,4% para 56,4%. Ainda de acordo com a OMS, por quase 30 anos, a comunidade científica internacional considerou a taxa ideal para cesariana seção entre 10% e 15% (OMS, 2018).

As respostas referentes às informações e orientações em ambiente hospitalar após o parto, demonstraram que um número não muito satisfatório (44%) das mulheres consideraram ter recebido a maior parte das informações ou explicações de que precisava sobre sua saúde física. Há relatos que descreveram falta de atenção pelos profissionais e falta de orientação quanto à amamentação.

Apesar de as complicações de saúde surgirem como a maior preocupação das mulheres quanto ao parto - (tal como referido acima) - os dados sobre a frequência em que os problemas temidos ocorreram, revelam que outras preocupações como a dor (54%), a possibilidade de não ter acompanhante (50%) ou episiotomias desnecessárias (49%), foi realidade para muitas das inquiridas. Dentre eles, pode-se destacar os problemas relacionados à violência obstétrica (47%) dos quais mencionados: episiotomias não consentidas, atendimento desrespeitoso , ausência de

acompanhante (devido à situação pandémica) desrespeito à parturiente, procedimentos e manobras agressivas, maus tratos. Alguns destes aspetos foram reforçados nos comentários das participantes, sendo que um pequeno grupo mencionou problemas, como manobras e intervenções agressivas, ameaças e agressões verbais e desrespeito à parturiente. Vale mencionar que o conceito *disrespect and abuse during childbirth* tem sido internacionalmente utilizado para designar o conceito denominado violência obstétrica, violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto (Oliveira et al, 2002). Esta terminologia foi proposta para a identificação de qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebé, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. A violência obstétrica foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebés (Lansky et al, 2018).

Em termos legais, em Portugal, a violência obstétrica é um fenómeno ainda não muito explorado. A princípio não há enquadramento legal específico da violência obstétrica no país, e quando judicializadas, as situações de violência obstétrica são geralmente tratadas como casos de negligência médica, não contribuindo nem para o reconhecimento social do carácter estrutural da violência obstétrica enquanto violência de género nem para a compreensão da real extensão deste fenómeno.

Conforme a Lei n.º 110/2019, “A mulher grávida internada em serviço de saúde tem direito ao acompanhamento, nos termos da alínea b) do n.º 1 do artigo 12.º, durante todas as fases do trabalho de parto”(Constituição Portuguesa, DH,).

Problemas relacionados à pandemia também surgiram em muitos relatos, sendo os mais comentados as alterações nos serviços como desorganização por conta da pandemia, problemas como ausência de consulta de avaliação do puerpério, ausência de acompanhamento dos companheiros durante o trabalho de parto e no pós-parto, assim como a omissão de cuidados por conta da situação pandémica. Alguns relatos descreveram sentimentos como desespero e solidão neste cenário.

6.1.4 Os 12 meses após o parto:

No puerpério, relativamente ao acompanhamento profissional recebido pelas inquiridas, os dados indicam que apenas 14% tinha recebido visita domiciliária para avaliação de sua saúde após o parto. Não se sabe se este serviço tenha sofrido

alterações em tempos de pandemia e este fator tenha influenciado nos dados obtidos. De acordo com Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS de 2015, a consulta no puerpério de baixo risco deve-se realizar entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto ou deve ser consagrada uma consulta no puerpério precoce (até ao 15º dia pós-parto) em puérperas com determinadas situações especiais. (DGS, 2015). Das mulheres inquiridas, 86% haviam realizado a consulta no período proposto. Por outro lado, nos doze meses após o parto um pouco mais de 58% das mulheres participantes haviam participado em mais de uma consulta. Dados do estudo *Understanding a mother* mostraram que 10% das mães pesquisadas não tiveram uma consulta pós-parto entre três e oito semanas após o nascimento, sendo os principais motivos relatados sentirem-se bem e considerar que não precisava ser seguida. De acordo com o estudo *Support and continuity during the first two weeks postpartum*, Barimani (2015), os resultados mostraram que até 18% das mães avaliaram o apoio recebido nas duas semanas após o parto como insuficiente ou completamente insuficiente. Além disso, 17% das mães visitaram os serviços de emergência do hospital durante as primeiras duas semanas após o parto, como resultado de problemas relacionados ao parto, amamentação ou bebê saúde.

As principais queixas de saúde físicas citadas nos 12 primeiros meses após o parto entre as mulheres que tiveram uma cesariana foram para 46% falta de energia e dores nas costas, 36% dor na cicatriz. Entre as mães com parto normal, 52% dores nas costas, 50% falta de energia e 30% dores no períneo. Comparada a *Listening to Mothers II*, o problema de saúde pós-parto mais citado nos primeiros dois meses após o nascimento foi, entre as mulheres que tiveram uma cesariana, dor no local da incisão, e entre as mães com parto normal, o períneo dorido, um achado fortemente relacionado ao fato de a mãe ter experimentado ou não uma episiotomia. (Declarcq, 2013)

Apesar dos pressupostos, no que diz respeito a encaminhamento para outros profissionais pelos seus médicos, 91% das mulheres relatou não ter sido encaminhada, apenas 2% foram encaminhadas para psicólogos e 1% ao psiquiatra. Desta maneira, parece que a amostra deste estudo teve que recorrer mais em busca de ajuda, uma vez que mais de metade das mulheres, recorreu a outro profissional de saúde por conta própria, entre eles o mais procurado foi o fisioterapeuta. Os dados do estudo *Listening to Mothers II* em relação à saúde mental das mães no período pós-parto indicam que 22% das mulheres também disse que havia consultado um

profissional de saúde ou de saúde mental com preocupações sobre seu estado emocional ou bem-estar mental desde o parto.

No que se refere às informações do pós-parto da Pesquisa *Understanding mothers*, 57% das mães disseram ter "definitivamente" recebido informações suficientes dos profissionais de saúde sobre métodos de controle de natalidade e com menor probabilidade de ter sido informado sobre mudanças em resposta sexual e sentimentos. Mulheres que realizaram o parto com o acompanhamento de uma parteira (30%) indicaram ter informações mais adequadas sobre métodos de controle de natalidade, enquanto aqueles que tiveram um médico de família como atendentes de parto receberam mais informações sobre depressão pós-parto, alimentação saudável, exercícios e mudanças na resposta sexual (Brunton, Wiggins, Oakley, 2011).

Os comentários das participantes reforçaram também a importância de um melhor acompanhamento da saúde da mulher no período que se segue ao parto, onde os tópicos mais evidentes foram suporte e serviços. Quanto ao Suporte, as mulheres expressaram necessidades sobre ajuda com o bebê, orientações e suporte na amamentação expressando o desejo de ter ajuda mais específica para esse fim, orientações sobre questões do puerpério e principalmente de atenção à mãe desejando que houvesse mais acompanhamento a mãe e não só ao bebê. Estes resultados assemelham-se aos resultados da pesquisa *Becoming a mother* (2014) onde se verificou que a atenção às mães foi a maior subcategoria encontrada como um problema relacionado ao cuidado no pós-parto. As mães reportaram mais necessidade de atenção às suas próprias necessidades. Assim como a necessidade de suporte físico e emocional. As mães sugeriram também a necessidade de apoio à amamentação.

6.2 Limitações

Importa destacar que este estudo decorreu em ambiente online, tendendo a captar uma maior participação de mulheres com características sociodemográficas mais privilegiadas, sendo essencial alargar a compreensão deste fenómeno a mulheres com características mais diversas. Adicionalmente, o recurso à técnica de questionário acarreta os riscos de alguns enviesamentos, designadamente a desejabilidade social e eventuais limites à compreensão das questões. Por outro lado, o facto de a resposta ser retrospectiva acarreta o risco de ser influenciada por fatores de memória, sobretudo quando se refere aos períodos da gravidez e parto. A inclusão

de perguntas abertas permitiu captar uma maior diversidade de experiências e necessidades, embora os contributos das participantes tenham sido bastante mais extensivos em relação ao período dos doze meses após o parto do que em relação à gravidez e parto.

7. Conclusões

Este trabalho pretendeu explorar as experiências, preocupações e necessidades de saúde das mulheres ao longo da gravidez, parto e pós-parto. Os resultados encontrados sugerem um maior nível de satisfação das necessidades das mulheres nos períodos da gravidez e parto do que no período subsequente. Ainda assim, revelam alguma heterogeneidade nas experiências vividas, mesmo no que diz respeito a elementos que estão preconizados nos programas de referência. Por outro lado, encontraram-se relatos de experiências muito negativas, que remetem para uma necessidade de maior tomada de consciência quanto aos princípios orientadores da prática profissional nesta área. Será, pois, essencial sistematizar o cumprimento das orientações para a prática profissional nesta área e garantir, ao nível dos serviços, as condições para que isso ocorra.

No que se refere aos doze meses após o parto, ficou não só patente a presença frequente de preocupações e queixas, físicas e emocionais, diversas, como a baixa resposta às mesmas através da disponibilização de apoio e serviços. Uma percentagem elevada de mulheres sentiu necessidade de outros serviços de saúde, embora não tenha sido encaminhada pelo seu profissional de referência. Isto pode sugerir que não tiveram a oportunidade de partilhar as suas necessidades, nomeadamente devido a questões de acesso ao seu profissional, ou que as suas queixas e preocupações não foram valorizadas. Em qualquer dos casos, salienta a necessidade de priorizar a atenção a este período da vida da mulher, disponibilizando o apoio e serviços adequados para lidar com os desafios que forem surgindo. Adicionalmente, ficou patente a necessidade de ampliar o período de atenção à saúde da mulher após o parto.

Considerando as percepções apresentadas, fica claro que cuidar da “mãe” é um processo complexo, multidimensional no qual as necessidades físicas, emocionais, psicossociais e espirituais da mulher, do recém-nascido e da família devem ser levadas em conta na conduta profissional. É preciso ouvi-las. As diretrizes do cuidado centrado na família podem ajudar a promover uma maior aplicação deste conceito aos serviços de maternidade, assim como a abordar temas que não enfoquem apenas sobre concepção, gravidez, trabalho de parto, etc, mas também nos cuidados especializados ou intensivos que mães ou recém-nascidos podem exigir. (*Public Health – Canadá - FCMNC, 2017*).

À luz das recomendações da OMS e dos resultados aqui apresentados pode-se notar que é imprescindível a humanização do atendimento à mulher, respeitando sua dignidade. As informações encontradas configuram dados importantes para se

pensar a respeito dos direitos e saúde da mulher na sociedade. Está clara a necessidade de esforço coletivo, em prol da saúde materna para a melhoria da qualidade da atenção ao parto e puerperal.

Para finalizar as considerações, diante dos resultados aqui expostos, entende-se que para promover a saúde materna, é preciso ouvir mais as mães, reavaliar os modelos praticados e investir no estabelecimento de políticas sobre saúde materna pós-parto, reavaliando e reformulando os programas de saúde pós-parto, incentivando o apoio familiar, oferecendo grupos de apoio, projetando programas educacionais de longo prazo e realização de novas pesquisas com foco na saúde da mulher. Fica evidente que os cuidados de saúde oferecidos nos períodos de transição para a maternidade merecem ser revistos quanto ao relacionamento entre agentes de saúde, parturientes e acompanhantes, às práticas adotadas, assim como a periodicidade dos serviços prestados.

8. Bibliografia:

ALVES (tradução) WINNICOTT, D.W. (1947/1978). **O ódio na contratransferência**. In: Da pediatria à psicanálise. São Paulo.

APDPG. Associação Portuguesa de parto e gravidez. Disponível em > <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%AAsPartoPortugal2012-2015.pdf>

BARMINI M et al. **Support and continuity during the first 2 weeks postpartum**. Center for Family and Community Medicine, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden and 2 Institute of Health and Care Sciences, The Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden doi: 10.1111/scs.12144

BRUNTON, G., WIGGINS, M., & Oakley, A. (2011). **Becoming a mother A research synthesis of women ' s views on the experience of first time motherhood** (Issue November).

CAMACHO (2010) in PIO D.A.M & CAPEL M.D.S. (2015). **Os significados do cuidado na gestação**. Rev. Psicol. Saúde [online]. 2015, vol.7, n.1 [citado 2020-11-21], pp. 74-81. Disponível em WWW: <URL :http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-

CARRARO TE, et al., **O Papel Da Equipe De Saúde No Cuidado E Conforto: Opinião Puérperas**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 17:3 (2008) 502–509.

CHING-YU , et al. (2006) **Postpartum Maternal Health Care in the United States: A Critical Review**. J Perinat Educ. Summer; 15(3): 34–42.

COMBES, D. & HAICAULT M. (1994) CENTRO DE FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (CFEMEA) **Guia dos direitos da mulher**. Relações sociais de RMGS Fonseca Brasília.

CORRÊA, A. R., et al. (2015). **The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective**. Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, 19(4), 629–634. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>

CORRÊA, M. S. M et al. (2017). **Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério**. Cadernos de Saúde Pública, 33(3). Disponível em > <https://doi.org/10.1590/0102-311x00136215>

COUTINHO E. et al . Gravidez e parto: **O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?**. Rev. esc. enfermagem USP, São Paulo , v. 48, n. spe2, p. 17-24, Dec. 2014 . Disponível em WWW: URL<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800017&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2020.

CRONIN, C. (2003). **First-time mothers – identifying their needs , perceptions and experiences**. 1995, 260–267. March 2003. Journal of Clinical Nursing 12(2):260-7. Follow journal. Source PubMed.DOI: 10.1046/j.1365-2702.2003.00684.x

DECLERCQ E. et al. **Listening to Mothers SM III: Pregnancy and Birth. (What Health Concerns Do U.S. Women Have After Giving Birth? A Listening to Mothers SM III Data Brief, NY 2012)**. New York: Childbirth Connection, May 2013.

DE FELICE, E. M. De. (2006). **Trajetórias da maternidade e seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil ***. June 2006. Mudanças - Psicologia da Saúde 14(1):7-17 DOI: 10.15603/2176-1019/mud.v14n1p7-17

DGS - **Guião de Saúde Reprodutiva da DGS – Saúde reprodutiva / Planeamento familiar / Direcção Geral da Saúde Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada (2018)**. Disponível em < <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/planeamento-familiar-contracepcao/saude-reprodutivaplaneamento-familiar-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>

DULLY Andrade, R., Silva Santos, J., Ambrosina Cardoso Maia, M., Falleiros de Mello, D., & Anna, E. (2015). REFLEXÃO | REFLECTION. Nery, 19(1), 181–186. Disponível em < www.https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025

FAHEY et al. (2013). **First-time mothers – identifying their needs, perceptions and experiences** . <https://doi.org/10.1111/jmwh.12139>

FONSECA, R. Maria G. S. - **Mulher, direito e saúde: repensando o nexo coesivo. Saúde soc.** [online]. 1999, vol.8, n.2, pp.3-32. ISSN 1984-0470 de RMGS Fonseca · 1999

Guia dos direitos da mulher. **CENTRO DE FEMINISTA DE ESTUDOS E ASSESSORIA (CFEMEA)**. Brasília, 1994

HOGA & GONÇALVES (2016). **Tempo de amor e adaptação: promoção da saúde da mulher no pós-parto e do recém-nascido.** Disponível em > http://www.ee.usp.br/cartilhas/cartilha_puerperio.pdf Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).São Paulo.

GONÇALVES C., O. MUNIZ DA COSTA V., J. PROGIANTI, T. SPÍNDOLACIENCIA Y **VIVENCIANDO REPERCUSSÕES E TRANSFORMAÇÕES DE UMA GESTAÇÃO...** / ENFERMERIA XVI (2): 115-125, 2010

KICKBUSCH I., WAIT S., MAAG D. **Experiências de Parto em Portugal**”, realizado pela APDMGP Navigating health: The role of health literacy. London: Alliance for

LANSKY, S *et al.* - **Obstetric violence: influences of the senses of birth exhibition in pregnant women childbirth experience.** Ciencia e Saude Coletiva. . ISSN 16784561. 24:8 (2019) 2811–2824. doi: 10.1590/1413-81232018248.30102017.

Decreto - Lei 142/99 promulgada em 31 de Agosto (4a Alteração da Lei 4/84)

LIMA, D. M. **O cuidado de enfermagem no puerpério cirúrgico: aplicação de um modelo de cuidado.** 2013. 144 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, 2013

MARTINS, APT- **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX.** (2004). doi: 10.7476/9788575414514.

MARTINS, MDFSU - **O programa de assistência pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal** – uma reflexão. Revista brasileira de Enfermagem, 2014, vol.67, n.6, pp.1008-1012 - 2014

MARASINGHE JP, KARUNANANDA SA, AMARASINGHE AA. **The mature gravida: a different approach.** Pubmed Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007 Nov;135(1):136; author reply 137. doi: 10.1016 / j.ejogrb.2007.03.027. PMID: 17983920.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da**

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (PT) (2015). **Vigilância Pré-natal e revisão de puerpério, Orientações Técnicas. Lisboa (PT):** Núcleo de Saúde Materna e Planejamento Familiar, Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários;

MINISTÉRIO DA SAÚDE- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL (2005) Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher, B. (n.d.). **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Retrieved February 28, 2019, Disponível em WWW: URL<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

MOURA, J. D. C. - **Interações e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico.** 2012) 196.

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** (Rev. RENE), Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

OMS - **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde –**, Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=D1E0DCE3420F0448914AD10F9F72B635?sequence=3 - OMS , 2014

PIO D & OLIVEIRA MM (2014) **Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal Health education in pre-natal care: a parallel of experiences between Brazil and Portugal.** Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.313-324, 2014

PUBLIC HEALTH OF CANADA - FMCMNC - **Chapter 1: Family-Centred Maternity and Newborn Care in Canada:** Underlying Philosophy and Principles in: Public Health

Agency of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. Ottawa (ON): PHAC; 2017

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER: Princípio e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
Population Reference Bureau PRB – 2018

PORDATA – Base de dados contemporâneo. Base De Dados Contemporâneo. No Title. [s.d.]. Disponível In >WWW. - Disponível in <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>

PORTUGAL - Ministério da Saúde. (2015). **Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco**. *Direção Geral Da Saúde*, 23–96.

I

SANTANA P, Vaz A. **Os serviços de saúde e as mulheres**. In: Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. *A saúde da Mulher*. Lisboa: DGS; 1999. p. 131-65.).

SILVA S., B. M. da, Souza, S. F., & Santos Rodrigues, D. R. T. dos. (2013). **Revista da SBPH**. In *Revista da SBPH* (Vol. 16, Issue 1). Unspecified. Disponível em <WWW:<URL:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100010&lng=pt&nrm=iso&tIng=pt

STERN, D. N N (1998) **The Birth of a Mother: How the Motherhood Experience Changes You Forever**. New York: BasicBooks,.

STERN, D. N. (1997). *A Constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.

VERBIEST, Sarah et al. - **Postpartum Health Services Requested by Mothers with Newborns Receiving Intensive Care**. *Maternal and Child Health Journal*. . ISSN 1573-6628. 20:1 (2016) 125–131. doi: 10.1007/s10995-016-2045-6.

WALKER, Lorraine O. et al. - **Behavioral and Psychosocial Health of New Mothers and Associations With Contextual Factors and Perceived Health**. *JOGN*. . ISSN 0884-2175. 45:1 (2016) 3–16. doi: 10.1016/j.jogn.2015.10.012.

WHO - **Relatório Mundial da Saúde 2005 - Para que todas as mães e crianças contem** [Internet]. Genebra: WHO; 2005 [acesso em 08 de julho de 2020]. Disponível em : <www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf

WHO -World Health Organization.. Carta de ottawa para a promoção da saúde. **1ª Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde**, 1–6. Disponível em <WWW.URL:[https://doi.org/file:///C:/Users/Am%C3%A9rico/Downloads/2_ottawa_nesa_se_semlogo.pdf\(1986\)](https://doi.org/file:///C:/Users/Am%C3%A9rico/Downloads/2_ottawa_nesa_se_semlogo.pdf(1986))

9. Anexos