



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Assistência na Gravidez em Contexto de Pandemia COVID-19

Felisbela Gens

Dissertação apresentada à Escola Superior de Gestão e Tecnologia do Instituto Politécnico de Santarém para obtenção de grau de mestre em Gestão de Unidade de Saúde

Orientadores:

Professora Doutora Carla Vivas

Professora Doutora Quirina Ferreira

Santarém

2021, setembro

RESUMO

Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Assistência na Gravidez em Contexto de Pandemia COVID-19

A pandemia COVID-19 impôs mudanças na prática diária dos serviços de saúde. A resposta à crise sanitária tem sido equilibrada com medidas de proteção e promoção dos direitos dos grupos mais vulneráveis, como grávidas e recém-nascidos.

Este estudo pretende determinar o nível de qualidade dos cuidados pré-natais e avaliar a satisfação da grávida com os cuidados prestados em contexto de pandemia.

Estudo misto, observacional analítico que incluiu 244 grávidas. Os dados foram recolhidos através de inquérito que englobou a escala *Quality of Prenatal Care Questionnaire*.

A perceção global da qualidade dos cuidados pré-natais apresentou um *score* médio de 3,84 e um nível de satisfação de 3,79, num máximo de 5. As especificidades de acesso e segurança apresentaram um impacto no nível de qualidade de vigilância da gravidez. Verificou-se que a dificuldade de acesso está relacionada com níveis inferiores de qualidade percebida e o reforço na segurança e comunicação com níveis superiores.

Palavras chave: bem-estar materno; cuidado pré-natal; covid-19; qualidade na vigilância da gravidez; gestão de cuidados

ABSTRACT

Quality Assessment of Pregnancy Care in the Context of Pandemic COVID-19

The COVID-19 pandemic has imposed changes in the daily practice of health services. The response to the health crisis has been balance with measures to protect and promote the rights of the most vulnerable groups, such as pregnant women and newborns.

This study aims to determine the level of quality of prenatal care and assess pregnant women's satisfaction with care provided in a pandemic context.

This is a mixed observational-analytical study that included 244 pregnant women. Data were collect through a survey using the Quality of Prenatal Care Questionnaire.

The overall perception of the quality of prenatal care showed a mean *score* of 3.84 and a satisfaction level of 3.79, out of a maximum of 5. The specificities of access and safety had an impact on the level of quality of prenatal care. It was find that the access difficulty was relate to lower levels of perceived quality and enhancement in safety and communication to higher levels.

Key words: maternal well-being; prenatal care; covid-19; quality in prenatal care; care management

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste, ao Diretor do Serviço de Obstetrícia: Dr. Jorge Ribeiro, à Enfermeira Chefe: Enf.^a Alcina Sousa e a todas as mulheres envolvidas na recolha de dados, o vosso contributo foi fundamental para a realização deste estudo.

Às Professoras Doutoradas Carla Vivas e Quirina Ferreira pela orientação, acompanhamento, motivação e dedicação, fundamentais para a concretização desta investigação.

A toda a estrutura pedagógica da Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Santarém e em especial aos meus colegas de Mestrado Gestão de Unidades de Saúde, pela disponibilidade e apoio neste percurso académico.

À minha família, em especial ao meu marido Gonçalo e à minha filha Anita que viveram de perto todo este processo, servindo de suporte em todos os momentos foram fortes pilares de todo este estudo.

ÍNDICE

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMENTOS	vii
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
ÍNDICE DE TABELAS	xv
ABREVIATURAS E SÍMBOLOS	xvii
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	1
1. Introdução	1
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
2. Qualidade dos cuidados pré-natais	5
2.1. Políticas de vigilância da gravidez	6
2.2. Vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19	6
2.3. Cuidados pré-natais centrados na pessoa	9
2.4. Telessaúde em saúde materna e obstétrica	10
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	13
3. Materiais e métodos	13
3.1. Método de recolha de informação.....	14
3.2. Fiabilidade da escala QPCQ (versão Portuguesa).....	17
3.3. Modelo de investigação	18
3.4. Estratégias de análise dos dados	20
3.5. Procedimentos formais e éticos	21
3.6. Pré-teste	21
CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS	23
4. Análise dos resultados	23
4.1. Caracterização da amostra.....	23
4.1.1. Indicadores sociodemográficos	23
4.1.2. Caracterização da situação clínica	24
4.1.3. Perceção da qualidade dos cuidados pré-natais	24

4.1.4.	Indicadores de acesso e segurança em contexto de pandemia COVID-19	26
4.2.	Análise inferencial.....	27
4.2.1.	Hipótese 1	28
4.2.2.	Hipótese 2.....	29
4.2.3.	Hipótese 3.....	32
4.2.4.	Hipótese 4.....	45
4.3.	Análise qualitativa.....	46
4.3.1.	Infraestrutura e organização.....	46
4.3.2.	Atitudes e práticas profissionais	48
4.3.3.	Direito ao acompanhamento	50
4.3.4.	Educação pré-natal em grupo	51
CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		53
5.	Discussão	53
5.1.	Conclusões finais.....	57
Referências		61
ANEXOS		
ANEXO I – Inquérito para Colheita de Dados		
ANEXO II – Consentimento Informado		
ANEXO III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste		
ANEXO IV – Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste		
ANEXO V – Teste de <i>Kruskal-Wallis</i> (Correção de <i>Bonferroni</i>)		
ANEXO VI – Sugestões de Melhoria dos Cuidados Pré-Natais		
ANEXO VII – Poster científico “Assistência pré-natal durante a pandemia COVID-19: Qualidade e satisfação dos cuidados de saúde”		
ANEXO VIII – Poster científico “Gestação em tempos de pandemia COVID-19: qualidade e segurança dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez”		

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Eixos estratégicos da vigilância da gravidez: dimensões das políticas de atuação	6
Figura 2 - Hipóteses formuladas.....	19

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e número de gestações.....	30
Gráfico 2 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e número de partos	31
Gráfico 3 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante o serviço público e/ou privado	32
Gráfico 4 – Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a dificuldade em realizar exames ou consultas	35
Gráfico 5 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a existência de barreiras de acesso	36
Gráfico 6 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e outra via de contacto com os profissionais de saúde	37
Gráfico 7 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a existência de informação e regras a seguir	38
Gráfico 8 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a presença de profissionais em número suficiente	39
Gráfico 9 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a reorganização adequada de espaços.....	40
Gráfico 10 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante percepção da utilização adequada de EPI	41
Gráfico 11 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a limitação na qualidade dos cuidados recebidos.....	42
Gráfico 12 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a utilização adequada de métodos de comunicação	43
Gráfico 13 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a presença de acompanhante	44
Gráfico 14 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a frequência em sessões de preparação para o parto e parentalidade.....	45
Gráfico 15 - Nível de qualidade dos cuidados pré-natais.....	57

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Qualidade dos cuidados pré-natais (versão portuguesa da escala QPCQ)	15
Tabela 2 - Especificidades de acesso e segurança na assistência da gravidez	17
Tabela 3 - Alfa Cronbach (versão portuguesa da escala QPCQ).....	18
Tabela 4 - Percepção da qualidade dos cuidados pré-natais (versão portuguesa da escala QPCQ)	24
Tabela 5 - Percepção da qualidade dos cuidados pré-natais QPCQ (itens que compõem a escala QPCQ)	25
Tabela 6 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a idade em classes	28
Tabela 7 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante o nível de escolaridade.....	29
Tabela 8 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante o nível de satisfação	46
Tabela 9 – Principais conclusões sobre a influência dos fatores sociodemográficos e clínicos na percepção da qualidade dos cuidados pré-natais.....	58
Tabela 10 – Principais conclusões sobre a importância do acesso e segurança na percepção da qualidade dos cuidados pré-natais	59

ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

DGS	Direção-Geral da Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OMS	Organização Mundial de Saúde
QPCQ	<i>Quality of Prenatal Care Questionnaire</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1. Introdução

O acesso universal a cuidados de saúde pré-natal, seguros e de qualidade, torna-se imperativo para a redução de taxas globais de mortalidade materna, fetal e infantil. Nas últimas décadas, assistiu-se à melhoria das taxas de assistência institucional durante toda a gravidez, parto e período pós-natal o que tem colocado Portugal entre os países com melhores indicadores na saúde materno-infantil (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015).

A nível nacional, no ano de 2019 verificou-se uma melhoria da taxa de mortalidade perinatal, neonatal e no primeiro ano de vida, cujos valores foram de 3,5; 1,9; e 2,8 por cada mil nascimentos, respetivamente, comparativamente a 2018 (mortalidade perinatal de 4,2‰, neonatal de 2,2‰ e no primeiro ano de vida de 3,3‰). No entanto, os dados recentes relativos à mortalidade materna evidenciam uma grande preocupação. Em 2018 a taxa foi de 17,2 por cada cem mil nascimentos, verificando-se um aumento substancial, com valores apenas comparáveis aos aferidos nos anos oitenta do século passado (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2020). Ainda não existem dados referentes a 2020, o que impede uma visão clara do impacto da pandemia na qualidade dos cuidados de saúde pré-natal.

Em contexto de pandemia COVID-19, algumas unidades de saúde limitaram os seus cuidados presenciais e foram adotados procedimentos para evitar ou diminuir o risco de contágio de infeção COVID-19. No âmbito de cuidados de saúde pré-natal, as práticas têm como prioridade a redução da transmissão de infeção por SARS-CoV-2, a prestação de cuidados seguros, personalizados e centrados na mulher, desde a assistência pré-natal, admissão na maternidade e após regresso a casa (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & Royal College of Midwives, 2020).

A nível nacional, a DGS publicou a orientação nº 18/2020 de 30/03/2020, atualizada a 09/10/2020, sobre gravidez e parto nos serviços de saúde, com o objetivo de minimizar a exposição à infeção das grávidas, recém-nascidos e profissionais de saúde, através da reorganização dos serviços disponíveis, aumento da assistência a mulheres infetadas e contenção de cadeias de transmissão. Nas instituições de saúde foram assegurados circuitos e procedimentos específicos para todas as grávidas, por forma a evitar ou diminuir o risco de infeção por SARS-CoV-2. Contudo, a reorganização dos cuidados pré-natais deve manter a centralidade na grávida, prevalecendo o direito e dignidade da pessoa a cuidar, em conformidade com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para uma experiência positiva na gravidez (OMS, 2016).

No entanto, a monitorização do impacto da pandemia COVID-19, no sistema de saúde, durante o período de março a junho de 2020, evidencia uma diminuição acentuada de atividade programada e não programada na rede e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os pedidos de informação e reclamações, apresentadas pelos utentes, realçam

a existência de constrangimentos no acesso a cuidados de saúde pré-natal, no que diz respeito à realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), considerados essenciais à vigilância da gravidez (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2020a).

A avaliação da qualidade e segurança dos cuidados pré-natais e da satisfação da mulher grávida torna-se fundamental para atingir níveis de excelência na vigilância da gravidez. De acordo com a Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, a DGS deve disponibilizar um questionário, via eletrónica, para avaliação e monitorização da satisfação da mulher grávida relativamente à vigilância na gravidez e no parto. De igual modo, tem contemplado o dever de proceder à divulgação dos seus resultados e recomendações, anualmente. Contudo, até ao momento, não existe qualquer questionário ou dados disponíveis.

Na literatura existente, destaca-se a escala “*Quality of Prenatal Care Questionnaire*” (QPCQ), traduzida e validada para a população portuguesa por Rodrigues (2017). Esta escala, desenhada para ser preenchida por grávidas com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas ou puérperas nas primeiras seis semanas após o parto, permite a avaliação da qualidade dos cuidados pré-natais com centralidade na pessoa cuidada, de uma forma global.

Face ao exposto, a análise a desenvolver constitui-se como uma oportunidade para melhorar a vigilância da gravidez, adaptada às reais necessidades e expectativas dos seus intervenientes, sem nunca descurar o atual contexto pandémico, nem as recomendações da OMS (2016) para uma experiência positiva da gravidez.

O presente estudo assenta na questão de investigação: “Qual é o nível de qualidade dos cuidados de saúde pré-natal no atual contexto de pandemia COVID-19?”. Desta questão, surgem os objetivos gerais: “Determinar o nível de qualidade percebida dos cuidados pré-natais” e “Avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados pré-natais, prestados no atual contexto de pandemia COVID-19”. Tem como objetivos específicos:

1. Determinar o nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais;
2. Determinar a influência dos fatores clínicos e sociodemográficos na perceção de qualidade nos cuidados pré-natais;
3. Avaliar a importância das especificidades de acesso e segurança na perceção de qualidade nos cuidados pré-natais;
4. Identificar as dimensões da escala QPCQ que mais contribuem para a satisfação das mulheres grávidas.

No que concerne à estrutura, o estudo encontra-se dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo envolve a introdução onde se identifica a importância e contribuição do tema a investigar, a questão de partida e os objetivos delineados. No segundo capítulo realiza-se o enquadramento teórico relativo à qualidade de cuidados pré-natais, onde se abordam políticas de vigilância da gravidez, vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19, cuidados pré-natais centrados na pessoa e telessaúde em saúde materna e obstétrica. O terceiro capítulo engloba a metodologia de investigação, com descrição de materiais e métodos, fiabilidade da escala QPCQ, modelo de investigação, estratégias de análise dos dados, procedimentos formais e éticos e pré-teste. No quarto capítulo realiza-se a análise dos

resultados, com caracterização da amostra, análise inferencial e análise qualitativa dos dados. Por fim, no quinto capítulo encontra-se a discussão dos resultados e conclusões finais.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O capítulo “Enquadramento teórico” pretende englobar uma revisão da literatura realçando os trabalhos de investigações e metodologias que suportam o tema: qualidade dos cuidados pré-natais, e em simultâneo, evidenciar a sua contribuição para a presente investigação.

Este capítulo encontra-se dividido em quatro secções e inicia-se com uma breve introdução sobre o conceito de qualidade dos cuidados pré-natais, realçando os seus eixos estratégicos e dimensões das políticas de atuação nacionais e internacionais.

Abordam-se as políticas de vigilância da gravidez no sector público e privado do sistema nacional de saúde, a reorganização dos cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19, assim como a importância de um modelo de vigilância da gravidez centrado na pessoa para uma experiência positiva da gravidez, bem como, a telessaúde como oportunidade para melhorar os cuidados pré-natais.

2. Qualidade dos cuidados pré-natais

A qualidade dos cuidados de saúde materna e neonatal é reconhecida como essencial para a saúde e bem-estar da população. A “qualidade dos cuidados” é definida como a medida em que os cuidados prestados a indivíduos ou populações melhoram os resultados em termos de saúde. Este conceito é multidimensional, em que os cuidados de alta qualidade devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados na pessoa (Tunçalp, et al., 2015).

Em consonância, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas na pessoa a cuidar, estão devidamente alinhadas com respeito pelas dimensões de efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão (DGS, 2020a).

Em alinhamento com as políticas internacionais e nacionais, a DGS (2015) considera que a vigilância da gravidez assenta nos eixos estratégicos: cuidados centrados na pessoa (ampliando o conceito para que seja mais inclusivo do pai ou pessoa significativa, bem como, da diversidade sociocultural e das pessoas com necessidades especiais); continuidade de cuidados no ciclo de vida (reconhecendo a importância da literacia em saúde e dos fatores psico-socioculturais como determinantes da saúde); e concetualizando a gravidez como momento de oportunidade para a intervenção e mudança (Figura 1).



Figura 1 - Eixos estratégicos da vigilância da gravidez: dimensões das políticas de atuação

2.1. Políticas de vigilância da gravidez

Na gravidez, o risco pode ser classificado em três níveis: baixo risco, médio risco ou alto risco. De acordo com a Rede de Referência Materno-Infantil portuguesa, o grau de risco é indicativo do local onde deve ocorrer a vigilância da gravidez. Perante a classificação de gravidez: no baixo risco, a vigilância é realizada nos cuidados de saúde primários; no médio risco, a vigilância ocorre no hospital de apoio perinatal; e no alto risco, a vigilância é feita no hospital de apoio perinatal diferenciado (Orfão, 2016).

No SNS e de acordo com o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, elaborado pela DGS (2015), a vigilância da gravidez de baixo risco é realizada nos cuidados de saúde primários, a nível individual (pelo médico de medicina geral e familiar e por enfermeiro) e a nível comunitário (pelo enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica), com referência obrigatória a consulta peri-parto no hospital de referência às 34 semanas de gestação. Perante a classificação de médio ou alto risco, é norma a referência a consulta hospitalar da especialidade. Assim, a gravidez de médio e alto risco é assistida nos cuidados hospitalares pelo médico obstetra e enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

Paralelamente, no setor privado existe uma oferta de serviços de vigilância da gravidez, aos quais as mulheres grávidas podem recorrer através de acordos com seguradoras ou recursos próprios.

2.2. Vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19

A COVID-19 é uma doença infecciosa, provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 que se transmite por contacto próximo com a pessoa infetada ou a partir de superfícies e objetos contaminados (DGS, 2020b). As grávidas não parecem ser mais propensas a contrair a infeção do que a população em geral. Contudo, estudos revelam que a COVID-19 está

associada a um risco, aproximadamente, três vezes maior de parto pré-termo e a um aumento da taxa de cesarianas (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & Royal College of Midwives, 2020).

A nível internacional, vários estudos apontam para a necessidade de se redefinirem modelos de cuidados de saúde materna e obstétrica mais flexíveis e que respondam à necessidade de distanciamento físico, imposta pelo risco de contágio de infeção COVID-19. Neste contexto, Peahl et al. (2020) propõem o modelo de cuidados pré-natais, centrado na pessoa, assente nos princípios chave: conceção de prestação de cuidados essenciais, presenciais (quando exigem a presença física e não podem ser prestados à distância) e teleconsultas ou videoconferências (em outros cuidados essenciais); e a criação de serviços flexíveis de orientação antepartória e apoio psicossocial que permitam adaptar o tipo de apoio prestado às necessidades identificadas. Este modelo adaptado à pandemia COVID-19, engloba 4 visitas presenciais, 1 visita de ultrassons e 4 visitas virtuais.

Relativamente à prestação de cuidados essenciais, foram identificados os cuidados pré-natais críticos que não podiam ser realizados à distância, tais como: ultrassons, vacinas, testes laboratoriais e exames físicos. Assim, as consultas virtuais, realizadas com recurso a tecnologia telefónica ou vídeo, foram intercaladas com consultas presenciais. No que concerne à flexibilização dos serviços de orientação antepartória e apoio psicossocial, recorre-se a um programa online, composto por sessões em grupo, permitindo uma ligação contínua através de salas de *chat* privadas e aulas opcionais no âmbito de educação pré-natal (Peahl et al., 2020).

Em consonância, Fryer et al. (2020), evidenciam que devido à situação de pandemia, a implementação da telessaúde torna-se crucial para assegurar a prestação segura e eficaz de cuidados obstétricos.

Em contexto de pandemia COVID-19, a nível nacional, a DGS (2020c) publicou a orientação nº 18/2020 de 30/03/2020, atualizada a 09/10/2020, sobre gravidez e parto nos serviços de saúde, com o objetivo de minimizar a exposição à infeção das grávidas, recém-nascidos e profissionais de saúde, através da reorganização dos serviços disponíveis, aumento da assistência a mulheres infetadas e contenção de cadeias de transmissão.

Em Portugal, a vigilância da gravidez de baixo risco deve ser mantida de acordo com as orientações em vigor. Na tentativa de reduzir as deslocações das mulheres grávidas às instituições de saúde, nos procedimentos que não exigem a presença física, as instituições devem privilegiar as teleconsultas ou vídeoconsultas. Estas modalidades de consulta devem ser preferencialmente alternadas com consultas presenciais ao longo da gravidez. Contudo, a primeira consulta da gravidez e as consultas realizadas após as 35 semanas de gestação deverão ser presenciais. De igual modo, as consultas presenciais devem ser privilegiadas se houver fatores de risco, intercorrências ou sintomas que o aconselhem (DGS, 2020c).

Assim, de acordo com as orientações das autoridades de saúde, algumas unidades de saúde limitaram os seus cuidados presenciais e foram adotados procedimentos para evitar ou diminuir o risco de contágio de infeção COVID-19. Os hospitais asseguram circuitos e procedimentos específicos para todas as grávidas, com ou sem suspeita ou confirmação de infeção COVID-19, durante a vigilância da gravidez de baixo risco, cuidados urgentes, internamento na gravidez e assistência ao parto (ERS, 2020b). Posteriormente, o Despacho n.º 5314/2020 de 5 de julho, veio determinar uma retoma da atividade assistencial não COVID-

19 gradual, dinâmica que assegure o cumprimento rigoroso das normas de segurança e orientações da DGS, em termos de segurança para utentes e profissionais de saúde. E enquanto a situação epidemiológica o justificar, a realização da atividade assistencial ocorre com recurso a meios não presenciais, utilizando mecanismos de telessaúde, exceto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível.

De acordo com a ERS (2020a), atualmente existem constrangimentos no acesso a cuidados de saúde durante a vigilância da gravidez, no que diz respeito à realização de MCDT, considerados essenciais à vigilância da gravidez; e à garantia do direito ao acompanhamento preconizado, em todas as fases de gestação. Para colmatar esta situação, a Resolução da Assembleia da República n.º 78/2021 de 18 de março recomenda ao Governo a intervenção junto das instituições do SNS, de modo que sejam garantidas as condições necessárias ao cumprimento do direito a acompanhamento em todas as fases da gravidez, durante as consultas, os exames, o parto e pós-parto. De igual modo, existem reclamações e denúncias de utentes, profissionais de saúde, e de outras entidades do setor da saúde, relativas a questões de qualidade e segurança no âmbito da pandemia (ERS, 2020a).

No primeiro ano de pandemia COVID-19, o acesso a cuidados de saúde no SNS sofreu um grande impacto, quando comparados os dados referentes a março 2020/fevereiro 2021 com os de março 2019/fevereiro 2020. A análise realizada revelou que nos cuidados de saúde primários foram realizadas menos 9 362 365 (46%) consultas médicas presenciais e menos 83 630 consultas ao domicílio (43%). No entanto, verificou-se o aumento de 130% das consultas não presenciais (mais 11 965 498). De igual modo, os contactos de enfermagem presenciais apresentaram uma redução de 20% (menos 4 087 263) enquanto os contactos não presenciais aumentaram 71% (MOAI consulting, 2021).

Também além-fronteiras, o estudo realizado na Polónia por Jubowski et al. (2021), evidencia que a maioria das mulheres grávidas ou cujos filhos nasceram durante a pandemia COVID-19, tiveram dificuldades de acesso a cuidados pré-natais e estabelece uma correlação entre essa experiência e a utilização de um modelo híbrido com consultas presenciais e de telessaúde. Assim, para garantir o acesso seguro na vigilância da gravidez, reduzindo o risco de infeção, por SARS-CoV-2, associado ao trajeto e ao contacto interpessoal, salientam que devem ser criadas recomendações para um modelo híbrido de vigilância da gravidez, com informações detalhadas sobre quais as consultas que devem ser presenciais e quais as que devem ser em telessaúde.

A pandemia COVID-19 conduziu a um maior isolamento, pela imposição de medidas de confinamento, distanciamento físico, diminuição de acesso e interação com redes de suporte sociais. O estudo de Kotlar et al. (2021), sobre o impacto da pandemia COVID-19 na saúde materna e neonatal, evidenciou um aumento de problemas de saúde mental materna, tais como ansiedade e depressão. Também, a revisão sistemática e meta-análise de Yan et al. (2020), revelou elevadas taxas de prevalência de perturbações mentais entre as mulheres grávidas e no pós-parto, salientando a importância de se aplicarem intervenções que promovam a saúde mental durante a pandemia COVID-19.

De acordo com a Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, no n.º. 1 do artigo 12.º, alínea a), nos serviços de saúde do SNS “é reconhecido e garantido a todos o direito a acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço”, e segundo a alínea b) “no caso da mulher grávida, é garantido o acompanhamento

até três pessoas por si indicadas, em sistema de alternâncias, não podendo permanecer em simultâneo mais do que uma pessoa junto da utente” (p. 94). Estudos pré-COVID-19 já evidenciavam a importância de ter um acompanhante de confiança, durante todo o trabalho de parto, na percepção de segurança e bem-estar da mulher. Não poder exercer esse direito foi considerado um ponto de grande preocupação durante a gravidez e nascimento (DeYoung & Mangum, 2021). No que concerne à prestação de cuidados na vigilância da gravidez, de acordo com a Lei nº 110/2019 de 9 de setembro no nº. 1 do artigo 15.º-C, “os serviços de saúde que assegurem a vigilância da gravidez devem garantir a todas as mulheres grávidas, ao pai ou a outra mãe informação em saúde sexual e reprodutiva, cuidados pré-natais seguros e apropriados e acesso a cursos de preparação para o parto e parentalidade, em particular ao nível dos cuidados de saúde primários” (p. 97).

A investigação realizada por Gens et al. (2021a, 2021b), sobre a qualidade dos cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19, revelou elevado nível na percepção da qualidade dos cuidados durante a vigilância da gravidez, com um *score* médio de $3,88 \pm 0,63$ e um bom nível de satisfação com os cuidados recebidos. No estudo ficou evidenciada uma correlação positiva entre o nível de satisfação com os cuidados recebidos e o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ. Nas mulheres grávidas pela primeira vez, o nível de qualidade percebida foi inferior nas dimensões: partilha de informação ($p=0,021$), abordagem ($p=0,001$), e apoio e respeito ($p=0,006$). Nas mães pela primeira vez, o nível de qualidade percebida foi inferior em todas as dimensões da escala QPCQ. Durante a gravidez, verificou-se que a dificuldade de acesso a cuidados de saúde estava associada a níveis inferiores de qualidade percebida. Por outro lado, o reforço na segurança, a utilização de métodos de comunicação adequados e a presença de acompanhante associou-se a um maior nível da qualidade (Anexo VII e VIII).

2.3. Cuidados pré-natais centrados na pessoa

O modelo de cuidados de saúde materna e obstétrica, centrado na pessoa, emerge da necessidade de desmedicalizar a experiência da gravidez, proporcionando vivências de apoio e capacitação enquadradas no quotidiano da mulher. Neste contexto, as recomendações da OMS (2016) sobre os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, destinam-se não só a refletir e responder à natureza complexa dos problemas resultantes da prestação de cuidados pré-natais, mas também a priorizar a saúde e bem-estar centrado na pessoa, com uma abordagem baseada nos direitos humanos.

Os cuidados centrados na pessoa são reconhecidos como um marcador de qualidade nos serviços de saúde. Segundo Labrusse et al (2015), a base da abordagem deste modelo, desenvolvido por Gerteis et al. em 1993, envolve os seguintes domínios: 1) respeito pelos valores, preferências e necessidades expressas da pessoa cuidada; 2) coordenação e integração dos cuidados; 3) informação, comunicação e educação; 4) conforto físico; 5) apoio emocional e diminuição de medo e da ansiedade; 6) envolvimento da família e amigos; e 7) transição e continuidade.

O modelo proposto por Mooij et al. (2018), denominado *OB Nest*, promove o acesso a respostas e tranquilidade conveniente, fomenta a percepção de um apoio contínuo pela equipa de cuidados, diminuindo a ansiedade característica desta experiência, principalmente no início

da gravidez. Esta solução envolve teleconsultas por telefone, e-mail e monitorização remota, o que reduz a dependência de visitas presenciais e promove cuidados mais personalizados e flexíveis. Os seus resultados, confirmados por um ensaio aleatório, indicam:

- Menor custo dos cuidados;
- Melhoria do acesso para as utentes com maiores necessidades de cuidados;
- Menor perda de produtividade na população de grávidas;
- Relações e ligações mais fortes entre as utentes grávidas e a sua equipa de cuidados;
- Maior nível de satisfação;
- Maior continuidade dos cuidados;
- Maior poupança nas instalações;
- Maior envolvimento e satisfação dos prestadores de cuidados.

2.4. Telessaúde em saúde materna e obstétrica

A telessaúde é a utilização de tecnologia de informação e comunicação por forma a gerir, acompanhar e apoiar a saúde à distância, nas diferentes vertentes: prestação de cuidados, organização dos serviços e formação de profissionais de saúde e cidadãos. Este conceito, constitui-se como um importante catalisador da transformação digital na saúde, apresentando novas respostas aos grandes desafios relativos à acessibilidade e proximidade aos cuidados de saúde, à integração de cuidados, à capacitação do cidadão, do doente e do cuidador do SNS, entre outros (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde & Centro Nacional de Telessaúde, 2019).

A teleconsulta é uma consulta realizada à distância, na qual o profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e planeia a prestação de cuidados. A sua realização pode acontecer em tempo real ou diferido, permitindo aproximar os profissionais de diferentes níveis de cuidados, otimizar a gestão de recursos, reduzir o número de deslocações dos utentes e cuidadores, e promover a capacitação do cidadão na gestão da sua saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde & Centro Nacional de Telessaúde, 2019). Devido à situação de pandemia, a implementação da telessaúde torna-se crucial para assegurar a prestação segura e eficaz de cuidados obstétricos. Segundo Fryer et al. (2020) a telessaúde, rapidamente implementada em serviços de saúde e sociais, tem como objetivo diminuir a taxa de transmissão da infeção COVID-19, satisfazer as necessidades da comunidade e promover a continuidade de cuidados. Os autores salientam, ainda, que o planeamento; a documentação de políticas, os procedimentos e processos; e a avaliação contínua facilita a implementação, melhoria e sustentabilidade dos programas de telessaúde pós-COVID-19, podendo melhorar o acesso e utilização dos cuidados pré-natais em todos os setores. A longo prazo, o objetivo da teleconsulta obstétrica assenta na minimização das barreiras de acesso aos cuidados pré-natais, relacionadas com as dificuldades de transporte e a redução dos longos tempos de espera nas consultas presenciais.

Perante as contingências impostas pela pandemia COVID-19, a telessaúde é encarada por muitos como o novo “Santo Graal” da medicina, capaz de trazer novamente vida e prosperidade. Em Portugal, como noutros países, emergem múltiplas iniciativas com oferta de consultas remotas como resposta aos desafios impostos pela pandemia. Os modelos de contacto remoto, implementados pela maioria de instituições de saúde públicas e privadas, está a ser muito apreciado quer pelos doentes e quer pelos profissionais de saúde (Ferreira, 2020).

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O capítulo “Metodologia de investigação” visa explicar de modo claro e sucinto os materiais e métodos adequados à natureza do fenómeno em estudo. Este capítulo encontra-se dividido em seis secções e inicia-se com uma perspetiva introdutória da investigação, com a definição do tipo de estudo, identificação da população em estudo e amostra, horizonte temporal e os seus critérios de inclusão e exclusão.

Também será verificada a fiabilidade da versão portuguesa da escala QPCQ no presente estudo.

Pretende-se projetar o modelo de investigação baseado nos objetivos gerais da investigação e abordar os objetivos específicos que originaram as hipóteses a testar, assim como, as estratégias de análise de dados.

Serão ainda explanados os procedimentos formais e éticos inerentes ao processo de investigação.

Por último, realça-se a validação do inquérito pela realização de um pré-teste.

3. Materiais e métodos

O presente estudo enquadra-se na natureza mista, com uma abordagem maioritariamente quantitativa, do tipo observacional analítico e de natureza transversal quanto à colheita de dados. No que diz respeito ao desenho de investigação, insere-se no descritivo correlacional, por visar explorar as relações entre as variáveis em estudo (Vilelas, 2020).

A investigação teve como alvo uma população que preenche os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Grávidas com idade gestacional igual ou superior a 36 semanas ou puérperas, cuja vigilância da gravidez ocorreu em contexto de pandemia COVID-19, no sistema de saúde português, durante os meses de novembro de 2020 e abril de 2021;
- Capacidade de ler, compreender e preencher o inquérito;
- Disponibilidade de internet;
- Confirmação da participação voluntária, através de consentimento informado.

Os critérios de inclusão tiveram em consideração os requisitos da aplicação da escala QPCQ, traduzida e validada para a população portuguesa (Rodrigues, 2017), uma vez que foi desenhada para ser preenchida por grávidas com idade igual ou superior a 36 semanas ou puérperas nas primeiras seis semanas após o parto. Foram excluídas puérperas de feto morto ou com morte neonatal precoce.

A amostra inicial foi constituída por 257 grávidas ou puérperas, selecionadas através de uma conjugação do método de amostragem por conveniência e bola de neve. No entanto, foram excluídas 13 participantes por não preencherem os critérios de inclusão, das quais, 12 referiram uma idade gestacional inferior a 36 semanas, e 1 referiu que a sua vigilância da gravidez não ocorreu no sistema de saúde português. Assim, a amostra em estudo (N) ficou reduzida a 244 grávidas ou puérperas.

3.1. Método de recolha de informação

A recolha de informação consistiu na realização de inquéritos via *online*, difundidos através de redes sociais, entre o mês de novembro de 2020 e abril de 2021 (Anexo I). O inquérito envolveu quatro partes.

A primeira parte do inquérito diz respeito à situação clínica e inclui as variáveis, posteriormente descritas:

- **Número de gestações:** número de vezes que a mulher esteve grávida, sem considerar os resultados e inclui a gravidez atual. Os dados foram agrupados, separando as mulheres que estavam grávidas pela primeira vez “*primigesta*”, das mulheres grávidas mais do que uma vez “*multigesta*”.
- **Número de partos:** número de gestações de uma mulher que atingiram a viabilidade fetal (idade gestacional superior a 22 semanas). Os dados foram agrupados, separando as mães pela primeira vez, ainda grávidas ou cujo filho já nasceu “*primípara ou nulípara*”, das mulheres que pariram pelo menos dois fetos que atingiram a viabilidade “*multíparas*”.
- **Idade gestacional:** tempo de gravidez, em semanas, definida a partir da data da última menstruação, revista com os dados da ecografia do 1º trimestre (11-13 semanas e 6 dias).
- **Serviço público e/ou privado:** instituição onde ocorreu a vigilância da gravidez. Os dados foram agrupados tendo em linha de conta a exclusividade de vigilância da gravidez numa instituição do SNS, numa instituição privada ou em ambas.
- **Tipo de vigilância da gravidez:** percepção da mulher grávida sobre a existência ou não de patologia, após avaliação clínica de risco pré-natal. Considera-se gravidez de baixo risco quando não é identificado nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal. Os dados foram agrupados consoante a gravidez tenha sido considerada de “*risco*” ou de “*baixo risco*”.

A segunda parte do inquérito englobou a escala sobre cuidados pré-natais QPCQ, traduzida e validada para a população portuguesa (Rodrigues, 2017), cujos 46 itens se encontram distribuídos pelas seis dimensões, posteriormente descritas (Tabela 1):

- **Partilha de informação:** 9 itens para aferir o modo como os prestadores de cuidados respondem às solicitações, mantêm a confidencialidade da informação e esclarecem sobre a necessidade de testes e os seus resultados.
- **Orientação futura:** 11 itens para avaliar a forma como é transmitida, às mulheres, a informação necessária à tomada de decisão sobre os cuidados pré-natais e a sua experiência de parto.

- **Disponibilidade de tempo:** 4 itens sobre o tempo que os prestadores de cuidados dispõem para responder às questões das grávidas e a duração da consulta.

- **Abordagem:** 4 itens que avaliam a facilidade de colocar questões, na perspetiva da relação profissional/utilizador.

- **Disponibilidade:** 5 itens que analisam a facilidade de contacto com o prestador de cuidados e a capacidade de resposta a questões, preocupações ou necessidades da grávida.

- **Apoio e respeito:** 12 itens sobre a forma de respeitar e apoiar a grávida.

Tabela 1 - Qualidade dos cuidados pré-natais (versão portuguesa da escala QPCQ)

DIMENSÕES	ITENS
Partilha de informação	B3. Foi-me dada informação adequada sobre exames e procedimentos pré-natais
	B6. Foram sempre dadas respostas sinceras às minhas perguntas
	B11. Todos os que estiveram envolvidos nos meus cuidados pré-natais receberam as informações importantes sobre mim
	B17. Fui adequadamente estudada para detetar potenciais problemas com a minha gravidez
	B22. Os resultados dos exames foram-me explicados de forma que eu percebesse
	B33. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram respostas diretas às minhas perguntas
	B39. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me a informação devida para eu tomar decisões por mim mesma
	B43. Os meus prestadores de cuidados pré-natais mantiveram a informação a meu respeito confidencial
	B45. Compreendi perfeitamente a razão porque os meus prestadores de cuidados pré-natais me mandaram fazer análises ao sangue e outros exames
	B2. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me opções para a minha experiência de parto
Orientação futura	B4. Foi-me dada informação suficiente para responder às minhas necessidades sobre aleitamento
	B10. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prepararam-me para a minha experiência de parto
	B13. Os meus prestadores de cuidados pré-natais dedicaram tempo a falar comigo sobre as minhas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto
	B16. Fui suficientemente informada sobre a segurança do exercício moderado durante a gravidez
	B20. Recebi informação adequada sobre a minha alimentação durante a gravidez
	B24. Os meus prestadores de cuidados pré-natais interessaram-se sobre como a gravidez estava a afetar a minha vida
	B27. Eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis
	B31. Recebi informação adequada sobre consumo de álcool durante a gravidez
	B42. Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez
	B46. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para fazer perguntas sobre coisas importantes para mim
Disponibilidade de tempo	B1. Estive com os meus prestadores de cuidados pré-natais todo o tempo que precisei
	B8_I. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram sempre com pressa*
	B18. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram sempre tempo para responder às minhas perguntas
	B30. Os meus prestadores de cuidados pré-natais arranjaram tempo para eu falar
	B44. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para me ouvir
Abordagem	B15_I. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram bruscos comigo*
	B23_I. As minhas consultas de cuidados pré-natais foram feitas a correr*
	B28_I. Os meus prestadores de cuidados pré-natais fizeram-me sentir que eu os estava a fazer perder tempo*
	B40_I. Tive receio de fazer perguntas aos meus prestadores de cuidados pré-natais*
Disponibilidade	B9. Eu soube como entrar em contacto com os meus prestadores de cuidados pré-natais
	B12. Alguém do consultório/ serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais me devolveu sempre as chamadas

	B32. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram disponíveis quando eu tinha dúvidas ou preocupações
	B35. Consegui sempre contactar alguém no consultório/maternidade se precisasse de alguma coisa
	B38. Eu consegui contactar telefonicamente os meus prestadores de cuidados pré-natais quando necessário
Apoio e respeito	B5. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram-me
	B7. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram os meus conhecimentos e a minha experiência
	B14. As minhas decisões foram respeitadas pelos prestadores de cuidados pré-natais
	B19. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram pacientes
	B21. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me quando eu fazia o que achava certo para mim
	B25. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me
	B26. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prestaram muita atenção quando eu falava.
	B29. As minhas preocupações foram levadas a sério
	B34. Eu controlei as decisões sobre os meus cuidados pré-natais
	B36. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram as minhas decisões
	B37. Eu senti-me à vontade com os meus prestadores de cuidados pré-natais
	B41. Os meus valores e as minhas convicções foram respeitadas pelos meus prestadores de cuidados pré-natais

Esta escala, assenta num modelo de resposta tipo *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) e permite uma pontuação total entre 46 e 230. Os itens 8, 15, 23, 28 e 40 são pontuados inversamente. A pontuação final resulta da soma das avaliações por cada item, dividido pelo total de itens. A pontuação mais elevada, indica o maior nível de qualidade dos cuidados pré-natais.

A terceira parte do inquérito relacionou-se com as especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez, durante a atual pandemia COVID-19, e incluiu as variáveis posteriormente descritas (Tabela 2):

- **Acessibilidade:** 2 questões para identificar dificuldade de acesso a cuidados de saúde pré-natal.
- **Segurança:** 5 questões para aferir a organização dos serviços que vise a garantia de cuidados seguros no contexto da COVID-19.
- **Comunicação:** 2 questões para identificar a utilização de tecnologias de interação capazes de responder às medidas de confinamento e isolamento impostas pela pandemia COVID-19.
- **Assistência:** questão para identificar a perceção de limitação na qualidade de vigilância da gravidez devido à pandemia COVID-19.
- **Acompanhante:** questão para identificar a garantia de direito a acompanhante na vigilância da gravidez durante a pandemia COVID-19.
- **Educação pré-natal:** questão para identificar as limitações de acesso a cursos de preparação para o parto e parentalidade e a oferta de modelos adaptados ao contexto pandémico.
- **Nível de satisfação:** questão para avaliar o nível de satisfação com os cuidados pré-natais recebidos em contexto de pandemia COVID-19.

Tabela 2 - Especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez

QUESTÕES	
Acessibilidade	C1. Devido à pandemia poe COVID-19, teve dificuldade em realizar exames e/ou consultas de vigilância durante a gravidez? C2. Enfrentou algum tipo de barreira para aceder à unidade de saúde onde foi assistida durante a gravidez?
Segurança	C4. Nas consultas presenciais existia informação e regras a seguir para reduzir o máximo possível o risco de infeção por COVID-19? C5. Considera que as divisões/gabinetes e os espaços comuns estavam adequadamente reorganizados para reduzir o máximo possível o risco de infeção por COVID-19? C6. No momento da consulta presencial, os profissionais de saúde estavam sempre equipados com equipamento de proteção adequado (máscaras, luvas) e utilizavam-nos corretamente? C7. Os profissionais de saúde estavam sempre presentes em número suficiente para garantir uma assistência adequada?
Comunicação	C3. Durante a assistência na gravidez, para além das consultas presenciais, teve contacto com profissionais de saúde através de outra via? Se sim, qual a modalidade? C8. Considera que os profissionais de saúde foram capazes de utilizar métodos de comunicação adequados para reduzir ao máximo o stress relacionado com os novos procedimentos exigidos pela pandemia COVID-19?
Assistência	C9. Na sua experiência, sentiu alguma limitação na qualidade de cuidados de saúde recebidos devido à pandemia COVID-19?
Acompanhante	C10. Durante a pandemia COVID-19 foi-lhe permitido a presença de um acompanhante nas consultas?
Educação pré-natal	C11. Durante a pandemia COVID-19 frequentou sessões de preparação para o parto e parentalidade? Se sim, qual a modalidade?
Nível de satisfação	C12. Como classifica os cuidados de assistência que recebeu?

As questões relativas à acessibilidade, segurança na vigilância da gravidez (Tabela 2) assentam num modelo de resposta tipo *Likert* de 0 (não, nunca ou quase nunca), 1 (às vezes) e 2 (sim, sempre ou quase sempre). Por sua vez, as questões relativas à comunicação e educação pré-natal estabelecem-se através de uma resposta binária (não/sim). A variável “*nível de satisfação*” estabelece-se numa resposta tipo *Likert* de 1 (insuficiente) a 5 (excelente), no que diz respeito aos cuidados pré-natais recebidos.

Esta parte do inquérito englobou, ainda, o apelo a uma participação ativa, com sugestões para melhorar os cuidados pré-natais, através de pergunta de resposta aberta.

Por último, a quarta parte do inquérito é relativa à informação sociodemográfica e incluiu as variáveis: “*idade*”, “*estado civil*” e “*nível de escolaridade*”.

- **Idade:** em anos, foi agrupada em 3 classes, com os seguintes intervalos: inferior a 30 anos; 30-35 anos; e superior a 35 anos.

- **Estado civil:** corresponde ao estado pessoal face às relações familiares e compreende as situações: casada, em união de facto; solteira; viúva; divorciada; e separada.

- **Nível de escolaridade:** corresponde ao grau de ensino, afere-se numa escala ordinal: 1) até ao 9º ano; 2) 12º ano; 3) bacharelato/licenciatura; 4) pós-graduado/mestrado/doutoramento ou superior.

3.2. Fiabilidade da escala QPCQ (versão Portuguesa)

No presente estudo, a fiabilidade da versão portuguesa da escala QPCQ foi aferida através do coeficiente *Alfa Cronbach* para cada uma das dimensões. Esta escala apresentou uma

fiabilidade apropriada, com *Alfa Cronbach* de 0,75 a 0,95 para as várias dimensões que a compõem (Tabela 3). A dimensão “*apoio e respeito*” apresentou a consistência interna mais elevada (0,95). Contrariamente, a dimensão “*abordagem*” apresentou o coeficiente mais baixo (0,75). Estes resultados corroboram com os achados do estudo realizado por Rodrigues (2017), cuja consistência foi de 0,93 na dimensão “*apoio e respeito*” e de 0,74 na dimensão “*abordagem*”.

Tabela 3 - Alfa Cronbach (versão portuguesa da escala QPCQ)

Dimensões	Alfa Cronbach
<i>Partilha de informação</i>	0,87
<i>Orientação futura</i>	0,88
<i>Disponibilidade de tempo</i>	0,86
<i>Abordagem</i>	0,75
<i>Disponibilidade</i>	0,90
<i>Apoio e respeito</i>	0,95

3.3. Modelo de investigação

O modelo de investigação engloba a complexa envolvente de prestação de cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19 (Figura 2).

Este modelo emerge dos objetivos gerais desta investigação: “Determinar o nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais” e “Avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados pré-natais, prestados no atual contexto de pandemia COVID-19”, e foi orientado pelos objetivos específicos:

1. Determinar o nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais;
2. Determinar a influência dos fatores clínicos e sociodemográficos na perceção de qualidade nos cuidados pré-natais;
3. Avaliar a importância das especificidades de acesso e segurança na perceção de qualidade nos cuidados pré-natais;
4. Identificar as dimensões da escala QCPQ que mais contribuem para a satisfação das mulheres grávidas.

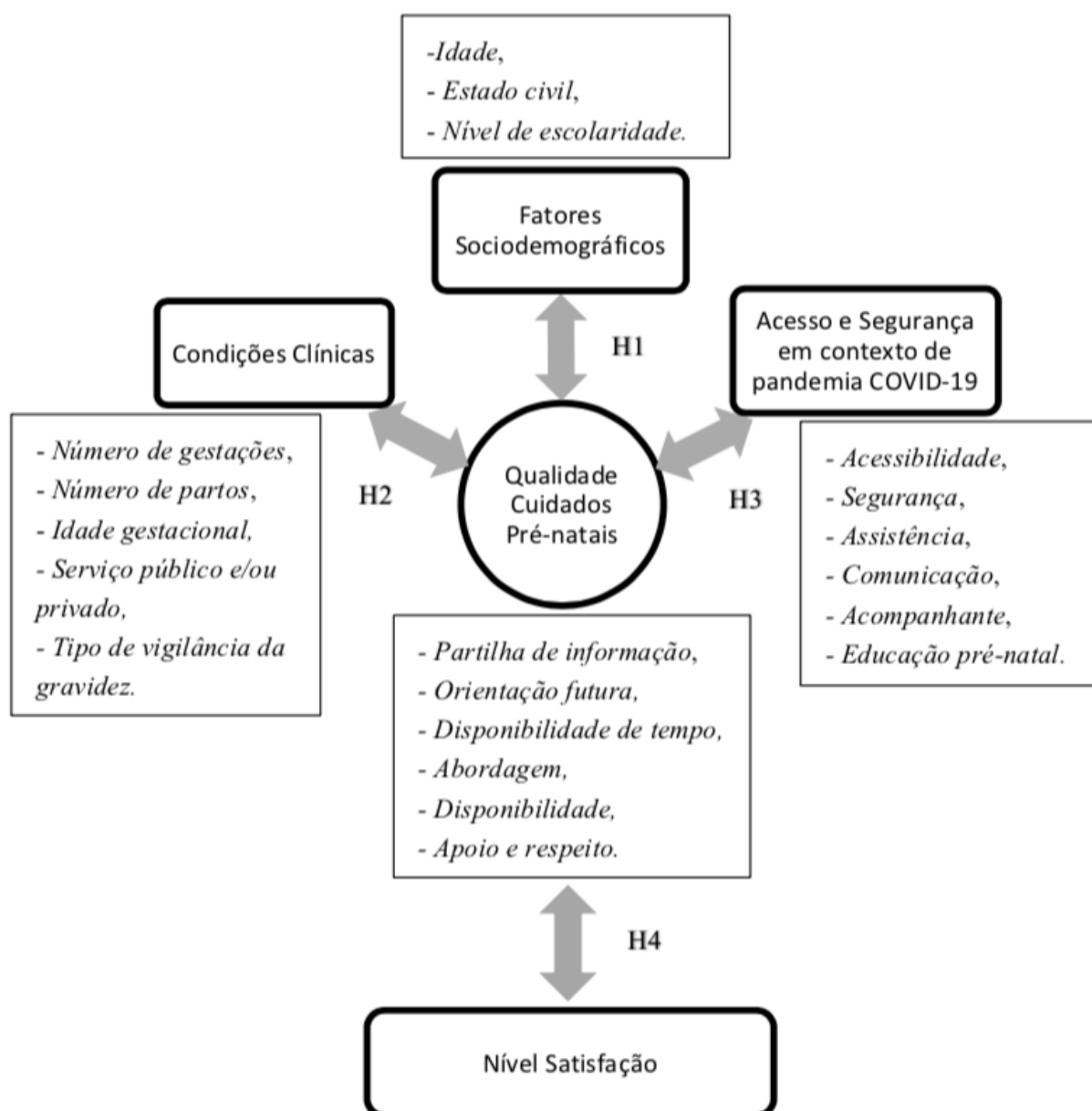


Figura 2 - Hipóteses formuladas

Para esta investigação foram formuladas quatro hipóteses centrais (H), cada uma delas com outra hipótese, por forma a atingir os objetivos delineados. Em mais detalhe as hipóteses formuladas são as seguintes:

H1: Existe relação entre o nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e os fatores sociodemográficos.

H1.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e os fatores sociodemográficos.

H2: Os níveis de qualidade percebida nos cuidados pré-natais correlacionam-se com as condições clínicas.

H2.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e as condições clínicas.

H3: Existe uma relação entre os níveis de qualidade percebida e as diferentes especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19.

H3.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida e as diferentes especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19.

H4: Existe uma relação entre o nível de qualidade percebida e o nível de satisfação com os cuidados recebidos durante a gravidez.

H4.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida e o nível de satisfação com os cuidados recebidos durante a gravidez.

3.4. Estratégias de análise dos dados

A base de dados e análise estatística foi realizada com o auxílio do programa *IBM SPSS - Statistics Package for the Social Sciences*, versão 26. A análise estatística compreendeu uma análise descritiva sobre as características sociodemográficas e clínicas da amostra, assim como das diferentes dimensões da escala QPCP, e especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez durante a atual pandemia COVID-19, com valores das medidas de tendência central (média e mediana) e das medidas de dispersão (amplitude/intervalo de variação desvio padrão).

Para a realização de teste de inferência estatística recorre-se a teste paramétricos *t-student* para duas amostras independentes, para testar se as médias de duas populações são significativamente diferentes, ou o teste não paramétrico *Mann-Whitney* para testar os valores medianos de duas populações, quando não se verifica a normalidade da distribuição ou não exista homogeneidade das variâncias. Para aferir se as amostras independentes têm distribuição normal utiliza-se o teste *Shapiro-Wilk* e para testar a homogeneidade das variâncias utiliza-se o teste *Levene*. A comparação de mais de duas populações de onde foram extraídas as amostras independentes, realiza-se através do teste paramétrico *ANOVA* ou o teste alternativo não paramétrico *Kruskal-Wallis*, dependendo da verificação das condições de aplicação dos testes paramétricos (distribuição normal e homogeneidade de variâncias) (Marôco, 2011).

Para aferir a correlação entre as variáveis utiliza-se o coeficiente de correlação de *Pearson* ou de *Spearman* quando não se verifique a normalidade ou as variáveis sejam em escalas ordinais.

No que diz respeito à interpretação estatística, para rejeição de H_0 assumiu-se como probabilidade de significância $p\text{-value} \leq 0,05$. Com base nesta margem de erro, assumiu-se, para uma probabilidade inferior ou igual a 0,05, que as diferenças/correlações são estatisticamente significativas.

A análise qualitativa dos relatos relativos às sugestões de melhoria na vigilância da gravidez, consistiu uma análise de conteúdo, com vista a organizar os significados agregados em categorias e subcategorias de acordo com o seu significado (Vilelas, 2020).

3.5. Procedimentos formais e éticos

Em todas as fases do processo de investigação foram respeitados os princípios éticos, deontológicos e morais. A natureza confidencial do instrumento de recolha de informação foi assegurada, através da omissão de dados de identificação das grávidas ou puérperas, sendo os inquéritos catalogados numericamente.

Os participantes foram convidados a participar voluntariamente, tendo por base o pedido de consentimento informado para o tratamento de dados (Anexo II).

De igual modo, foi efetuado um pedido de autorização formal ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste (Anexo III), tendo obtido parecer favorável (Anexo IV).

3.6. Pré-teste

Antes de iniciar a investigação foi realizado um pré-teste para avaliar a aceitabilidade, clareza, compreensão e adequação do número de itens do inquérito (Vilelas, 2020). O pré-teste englobou uma amostra de 101 grávidas ou puérperas com características semelhantes à população alvo. Do pré-teste não resultaram alterações no questionário nem no processo de investigação.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

O capítulo “Análise dos resultados” visa apresentar de forma simplificada todos os resultados estimados em função dos objetivos gerais e específicos, relativos à avaliação da qualidade nos cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19.

Além da análise mais descritiva, será apresentada uma análise inferencial com base no modelo de investigação delineado e nas diferentes características das variáveis em estudo. Na última secção procede-se à apresentação da análise qualitativa dos relatos relativos às sugestões de melhoria propostas pelas inquiridas.

4. Análise dos resultados

A análise inicia-se com a caracterização da amostra segundo a informação relativa à situação sociodemográfica, clínica, percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e especificidades de contexto na vigilância da gravidez durante a pandemia COVID-19. Por último, apresentam-se os resultados segundo as hipóteses de investigação anteriormente delineadas.

4.1. Caracterização da amostra

A caracterização da amostra inicia-se com a descrição dos indicadores sociodemográficos: “idade”, “estado civil” e “nível de escolaridade”. Seguidamente, descrevem-se as variáveis relativas à situação clínica, nomeadamente: “idade gestacional”; “número de gestações”; “número de partos”; local onde ocorreu a vigilância da gravidez (“serviço público e/ou privado”); e “tipo de vigilância da gravidez”. Posteriormente, descreve-se a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais. Em sequência, apresentam-se as especificidades de contexto na vigilância da gravidez durante a pandemia COVID-19.

4.1.1. Indicadores sociodemográficos

A amostra em estudo foi composta por um total de 244 grávidas ou puérperas, com uma média de idade de $32,4 \pm 5$ anos (21 - 46 anos). A maioria das participantes pertence ao grupo etário dos 30-35 anos (43,2%), apenas 27,6% das mulheres tem idade inferior a 30 anos e 29,2% tem idade superior a 35 anos. No que diz respeito ao estado civil, a maioria das mulheres vivem em união de facto (42,8%) ou são casadas (43,2%), apenas 11,1% são solteiras e 2,9% são divorciadas ou separadas. Relativamente ao “nível de escolaridade”, evidenciou-se que a maioria das mulheres completou um grau de ensino universitário ou superior (58,2%), apenas 5,7% ficou com um grau de ensino até ao 3º ciclo do ensino básico e 36,1% completou o ensino secundário.

4.1.2. Caracterização da situação clínica

No que concerne à caracterização clínica, na altura do inquérito as participantes tinham uma idade gestacional superior a 36 semanas, com um valor mediano de 38 semanas de gestação, ou cujo parto já tinha ocorrido após essa idade gestacional. A maioria das mulheres referiram como antecedentes obstétricos uma ou duas gestações (78,3%), com uma mediana de duas gestações e o máximo de seis gestações. Quanto ao “*número de partos*”, a maioria das inquiridas já tinha pelo menos um parto (93,0%), com uma mediana de um filho e um máximo quatro filhos.

Na amostra em estudo, a vigilância da gravidez ocorreu em instituições do sistema de saúde português, predominantemente localizadas no distrito de Leiria (41,4%), Lisboa (27,5%), Coimbra (7,4%) e Porto (6,6%). A vigilância ocorreu maioritariamente numa partilha entre instituições públicas e privadas (45,9%), verificando-se em 41,8% dos casos uma vigilância exclusiva em instituições públicas e de 12,3% apenas em instituições privadas.

Quanto ao “*tipo de vigilância da gravidez*”, em 65,6% a gravidez foi considerada de baixo risco. Nas mulheres que afirmaram ter tido uma gravidez de risco, os motivos mais frequentemente apontados foram: “*diabetes gestacional*”, “*hipertensão arterial*”, “*restrição de crescimento fetal*”, “*patologia materna*”, “*idade materna*”, “*ameaça de parto pré-termo*” e “*hemorragia*”.

4.1.3. Perceção da qualidade dos cuidados pré-natais

A avaliação do nível de qualidade dos cuidados pré-natais, nas diferentes dimensões da escala QPCQ, assentou no cálculo da média, por indivíduo, dos itens que as compõem. A avaliação total resultou do cálculo da média das diferentes dimensões que compõem a escala.

No que concerne à perceção da qualidade dos cuidados pré-natais, os resultados aferidos pela versão portuguesa da escala QPCQ revelaram que a perceção apresenta um *score* médio de $3,84 \pm 0,63$ (Tabela 4).

Tabela 4 - Perceção da qualidade dos cuidados pré-natais (versão portuguesa da escala QPCQ)

Dimensões	Número Itens	Score Mínimo	Score Máximo	Score Médio	Desvio Padrão
<i>Partilha de informação</i>	9	1,33	5,00	4,00	0,64
<i>Orientação futura</i>	11	1,27	5,00	3,35	0,76
<i>Disponibilidade de tempo</i>	5	1,20	5,00	3,88	0,73
<i>Abordagem</i>	4	1,00	5,00	4,16	0,64
<i>Disponibilidade</i>	5	1,00	5,00	3,83	0,87
<i>Apoio e respeito</i>	12	1,17	5,00	3,81	0,73
QPCQ Total	46	1,39	5,00	3,84	0,63

Legenda: Número de Itens – número de questões em cada dimensão; Score Mínimo – razão entre a menor pontuação atingida na dimensão e o número de itens que a compõe; Score Máximo – razão entre a maior pontuação atingida na dimensão e o número de itens que a compõe; Score Médio - razão entre a pontuação média atingida na dimensão e o número de itens que a compõe; Desvio padrão – medida de dispersão em relação ao Score médio.

De igual modo, a análise das diferentes dimensões revelou *scores* médios favoráveis bastante uniformes, embora a percepção da qualidade tenha sido ligeiramente superior na dimensão “*abordagem*” e ligeiramente inferior na dimensão “*orientação futura*”. Quando analisado cada um dos itens que compõem a escala, verificou-se um *score* médio superior na questão: “*B45: compreendi perfeitamente a razão porque os meus prestadores de cuidados pré-natais me mandaram fazer análises ao sangue e outros exames*”, com um *score* médio de $3,36 \pm 0,73$ e nas questões invertidas: “*B15_l: os meus prestadores de cuidados pré-natais foram bruscos comigo*” ($4,25 \pm 0,83$) e “*B28_l: os meus prestadores de cuidados pré-natais fizeram-me sentir que eu os estava a fazer perder tempo*” ($4,23 \pm 0,81$). Por outro lado, identificou-se as seguintes questões com um *score* médio mais baixo: “*B27: eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*” ($2,65 \pm 1,21$), “*B42: foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez*” ($2,65 \pm 1,23$) e “*B2: os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me opções para a minha experiência de parto*” ($3,09 \pm 1,22$), conforme Tabela 5.

Tabela 5 - Percepção da qualidade dos cuidados pré-natais QPCQ (itens que compõem a escala QPCQ)

Dimensões	Itens	Score Médio	Desvio Padrão
Partilha de informação	B3.	3,99	0,945
	B6.	3,98	1,030
	B11.	3,84	0,904
	B17.	3,99	1,032
	B22.	3,98	0,949
	B33.	4,02	0,811
	B39.	3,73	0,982
	B43.	4,15	0,730
	B45.	4,36	0,727
	Orientação futura	B2.	3,09
B4.		3,37	1,301
B10.		3,22	1,151
B13.		3,18	1,214
B16.		3,79	1,043
B20.		3,82	0,898
B24.		3,23	1,127
B27.		2,65	1,213
B31.		4,15	0,881
B42.		2,65	1,295
Disponibilidade de tempo	B1.	3,73	1,080
	B8_l.	3,98	0,856
	B18.	3,97	0,900
	B30.	3,88	0,830
	B44.	3,86	0,830
Abordagem	B15_l.	4,25	0,826
	B23_l.	4,04	0,864
	B28_l.	4,23	0,813
	B40_l.	4,13	0,855
Disponibilidade	B9.	3,93	1,014
	B12.	3,84	1,033

	B32.	3,99	0,858
	B35.	3,78	1,084
	B38.	3,62	1,182
Apoio e respeito	B5.	4,07	0,914
	B7.	3,84	1,033
	B14.	3,70	0,993
	B19.	3,93	0,890
	B21.	3,71	0,837
	B25.	3,69	0,879
	B26.	3,81	0,869
	B29.	3,83	0,940
	B34.	3,76	0,900
	B36.	3,78	0,875
	B37.	3,96	0,924
	B41.	3,75	0,910

4.1.4. Indicadores de acesso e segurança em contexto de pandemia COVID-19

No que diz respeito às especificidades de contexto na vigilância da gravidez durante a atual pandemia COVID-19, nomeadamente a questões relacionadas com a “*acessibilidade*”, a maioria das participantes (54,1%) refere nunca, ou quase nunca, ter tido dificuldades em realizar exames e/ou consultas de vigilância, 33,6% referiu que às vezes teve dificuldades, e 12,3% referiu ter dificuldades sempre, ou quase sempre. Contudo, 67,6% das mulheres afirmou nunca, ou quase nunca, ter enfrentado algum tipo de barreira para aceder à unidade de saúde onde foi assistida durante a gravidez, face a 24,2% que referiu ter enfrentado barreiras às vezes e 8,2% referiu ter enfrentado barreiras sempre, ou quase sempre. Quanto ao tipo de contacto com profissionais de saúde durante a vigilância da gravidez, 52,0% das mulheres referiu ter tido outro tipo de contacto para além das consultas presenciais. As modalidades de contacto mais utilizadas foram: telefone, e-mail e teleconsulta.

No que concerne à “*segurança*” nos contactos presenciais, 89,3% das participantes referiu que nas consultas existiu sempre, ou quase sempre, informação e regras a seguir para reduzir, o máximo possível, o risco de infeção COVID-19. Contudo, 8,2% referiu que essa informação só existiu às vezes e 2,5% referiu que nunca, ou quase nunca, existiu esse tipo de informação.

Quanto à “*segurança*” dos espaços físicos utilizados, a maioria (69,3%) das inquiridas considerou que as divisões/gabinetes e os espaços comuns estavam sempre, ou quase sempre, adequadamente reorganizados para reduzir, o máximo possível, o risco de infeção COVID-19. No entanto, 26,6% considerou que apenas às vezes estavam adequadamente reorganizados e 4,1% considerou que a reorganização dos espaços físicos nunca, ou quase nunca, era adequada.

No que diz respeito à “*segurança*” relacionada com o uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais de saúde, a maioria (88,1%) referiu que estes eram sempre, ou quase sempre, adequados e utilizados corretamente, 10,7% referiu que às

vezes a sua utilização era correta e adequada e 1,2% referiu mesmo que a sua utilização nunca, ou quase nunca, era correta e adequada.

Relativamente ao número de profissionais de saúde durante a vigilância da gravidez, em contexto de pandemia COVID-19, a maioria (83,2%) das participantes considerou que o número de profissionais de saúde presentes era sempre, ou quase sempre, suficiente para garantir uma assistência adequada. No entanto, 14,3% considerou que este número era apenas adequado às vezes e 2,5% considerou que nunca, ou quase nunca, o número era adequado.

No que concerne às limitações na qualidade de cuidados de saúde recebidos durante a “assistência”, 47,5% das inquiridas referiu nunca, ou quase nunca, ter sentido qualquer limitação nos cuidados recebidos. Mas, 36,7% referiu ter sentido limitações às vezes e 16,8% referiu ter sentido limitações sempre, ou quase sempre.

Quanto à utilização de métodos de “comunicação” capazes de reduzir, ao máximo, o *stress* relacionado com os novos procedimentos exigidos pela pandemia COVID-19, a maioria das inquiridas (65,2%) considerou que os profissionais de saúde foram sempre, ou quase sempre, capazes de os utilizar adequadamente. Contudo, 27,0% considerou que estes, às vezes, foram capazes de os utilizar de forma adequada e 7,8% referiram que nunca, ou quase nunca, foram capazes de o fazer.

No que se refere ao direito a “acompanhante”, 87,7% das mulheres referiu nunca, ou quase nunca, lhes ter sido permitido a presença de acompanhante nas consultas. Apenas 9,4% referiu que às vezes este foi permitido e apenas 2,9% referiu que a presença de acompanhante foi permitida sempre, ou quase sempre.

Quanto à “educação pré-natal”, 61,9% referiu não ter frequentado sessões de preparação para o parto e parentalidade, apenas 38,1% referem ter tido essa experiência. Relativamente à modalidade utilizada nas sessões, a maioria das inquiridas (69,9%) referiu que as sessões foram *online*, 25,8% referiu terem sido presenciais e 4,3% referiu ter experienciado ambas as modalidades.

Quando avaliado o “nível de satisfação” com os cuidados de assistência, em contexto de pandemia COVID-19, os resultados revelaram um “nível de satisfação”, com um *score* médio de $3,79 \pm 1,00$. A maioria das inquiridas (43,8%) classificou os cuidados recebidos durante a gravidez como bons, e 24,8% considerou-os mesmo excelentes. Contudo, 18,6% das mulheres considerou-os como satisfatórios, 10,7% como insuficientes e 2,1% como maus.

4.2. Análise inferencial

Para verificar as hipóteses formuladas recorreu-se à análise inferencial. Nesta análise estatística utilizou-se o teste não paramétrico *Mann-Whitney* para testar os valores medianos de duas populações, por não se verificar a normalidade da distribuição. A comparação de mais de duas populações, de onde foram extraídas as amostras independentes, realizou-se através do teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*. Para aferir a correlação entre as variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* por não se verificar a normalidade da distribuição ou as variáveis serem em escalas ordinais. A rejeição de H_0 assumiu-se como probabilidade de significância *p-value* $\leq 0,05$.

4.2.1. Hipótese 1

A análise das relações entre as variáveis relativas aos fatores sociodemográficos e a percepção da qualidade de cuidados pré-natais de cada uma das dimensões da escala QPCQ, assentou na seguinte hipótese H1:

H1: Existe relação entre o nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e os fatores sociodemográficos.

Perante a hipótese H1, o coeficiente de correlação de *Spearman* revelou uma relação linear positiva, estatisticamente significativa, entre a variável “idade” (em classes) nas dimensões: “disponibilidade de tempo” ($p=0,039$), “abordagem” ($p=0,008$) e “disponibilidade” ($p=0,018$) e entre a variável “nível de escolaridade” e o nível de qualidade percebida na dimensão “abordagem” ($p=0,001$).

Para aferir a existência de diferenças entre os fatores sociodemográficos e a percepção da qualidade de cuidados pré-natais, testou-se a seguinte hipótese H1.1:

H1.1: Existem diferenças entre os scores médios do nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e os fatores sociodemográficos.

Na hipótese H1.1, os resultados revelaram que a “idade” (em classes) não teve um efeito estatisticamente significativo sobre nível de qualidade percebida nas dimensões: “partilha de informação”, “orientação futura”, “disponibilidade” e “apoio e respeito” ($p>0,05$). Contudo, nas dimensões: “abordagem” e “disponibilidade” verificaram-se diferenças estatisticamente significativas consoante a classe de idades, tal como consta na Tabela 6 em que estão representadas as médias das ordens relativas à “idade” (em classes). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, o grupo com idade superior a 35 anos apresenta maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “abordagem” ($p=0,032$) e “disponibilidade” ($p=0,034$), comparativamente ao grupo com idade inferior a 30 anos.

Tabela 6 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a idade em classes

Dimensões	Idade em classes	N	Médias ordens	Sig.
<i>Partilha de informação</i>	< 30 anos	67	110,40	,257
	30-35 anos	105	124,58	
	>35 anos	71	129,19	
<i>Orientação futura</i>	< 30 anos	67	111,96	,389
	30-35 anos	105	125,70	
	>35 anos	71	126,00	
<i>Disponibilidade de tempo</i>	< 30 anos	67	108,96	,117
	30-35 anos	105	122,55	
	>35 anos	71	133,49	
<i>Abordagem</i>	< 30 anos	67	106,04	,032*
	30-35 anos	105	122,00	
	>35 anos	71	137,06	
<i>Disponibilidade</i>	< 30 anos	67	103,33	,034*
	30-35 anos	105	127,29	
	>35 anos	71	131,80	
<i>Apoio e respeito</i>	< 30 anos	67	113,50	,322
	30-35 anos	105	121,10	
	>35 anos	71	131,35	

Legenda: N – amostra em estudo; Sig. - Significância; * Associação Significativa (teste Kruskal Wallis)

Quanto ao “*nível de escolaridade*”, os resultados revelaram que não existem diferenças estatisticamente significativas sobre nível de qualidade percebida nas dimensões: “*partilha de informação*”, “*orientação futura*”, “*disponibilidade de tempo*”, “*disponibilidade*” e “*apoio e respeito*” ($p>0,05$). Apenas na dimensão “*abordagem*”, se verificaram diferenças estatisticamente significativas consoante o “*nível de escolaridade*”, tal como consta na Tabela 7 em que estão representadas as médias das ordens relativas ao “*nível de escolaridade*”. De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, os “*níveis de escolaridade*” superiores (Bacharelato/Licenciatura e Pós-graduado/Mestrado/Doutoramento) apresentam maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “*abordagem*” comparativamente ao “*nível de escolaridade*” inferior (Até ao 9º ano), com valores de significância ajustados pela correção de Bonferroni de $p=0,036$ e $p=0,012$ respetivamente (Anexo V - Figura 1).

Tabela 7 - Comparação da perceção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante o nível de escolaridade

Dimensões	Nível de escolaridade	N	Médias ordens	Sig.
<i>Partilha de informação</i>	Até ao 9º ano	14	97,61	,391
	12º ano	74	127,45	
	Bacharelato/Licenciatura	82	117,37	
	Pós-grad./Mestrado/Doutoramento	74	127,95	
<i>Orientação futura</i>	Até ao 9º ano	14	150,39	,119
	12º ano	74	132,94	
	Bacharelato/Licenciatura	82	112,10	
	Pós-grad./Mestrado/Doutoramento	74	118,31	
<i>Disponibilidade de tempo</i>	Até ao 9º ano	14	125,46	,714
	12º ano	74	122,32	
	Bacharelato/Licenciatura	82	116,16	
	Pós-grad./Mestrado/Doutoramento	74	129,14	
<i>Abordagem</i>	Até ao 9º ano	14	74,39	,003*
	12º ano	74	109,05	
	Bacharelato/Licenciatura	82	129,62	
	Pós-grad./Mestrado/Doutoramento	74	137,17	
<i>Disponibilidade</i>	Até ao 9º ano	14	101,68	,408
	12º ano	74	122,31	
	Bacharelato/Licenciatura	82	117,84	
	Pós-grad./Mestrado/Doutoramento	74	131,79	
<i>Apoio e respeito</i>	Até ao 9º ano	14	122,07	,791
	12º ano	74	127,79	
	Bacharelato/Licenciatura	82	116,51	
	Pós-grad./Mestrado/Doutoramento	74	123,93	

Legenda: N – amostra em estudo; Sig. - Significância; * Associação significativa (teste Kruskal Wallis)

4.2.2. Hipótese 2

A análise das relações entre as variáveis relativas às condições clínicas e à perceção da qualidade de cuidados pré-natais nas diferentes dimensões da escala QPCQ, assentou na seguinte hipótese H2:

H2: Os níveis de qualidade percebida nos cuidados pré-natais correlacionam-se com as condições clínicas.

No que concerne à hipótese H2, o coeficiente de correlação de Spearman revelou uma correlação linear negativa, estatisticamente significativa, entre a condição clínica “*primigesta*” e o nível de qualidade percebida nas dimensões: “*orientação futura*” ($p=0,001$), “*abordagem*” ($p=0,002$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,012$).

Também a condição clínica “*primípara ou nulípara*” se correlacionou negativamente com o nível de qualidade percebida nas mesmas dimensões: “*orientação futura*” ($p=0,002$), “*abordagem*” ($p=0,032$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,009$).

O “*serviço público e/ou privado*” (pública, privada ou ambas), apresentou uma correlação estatisticamente positiva, de forma significativa, com o nível de qualidade percebida nas dimensões: “*partilha de informação*” ($p=0,002$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,033$), “*abordagem*” ($p=0,003$) e “*disponibilidade*” ($p=0,000$).

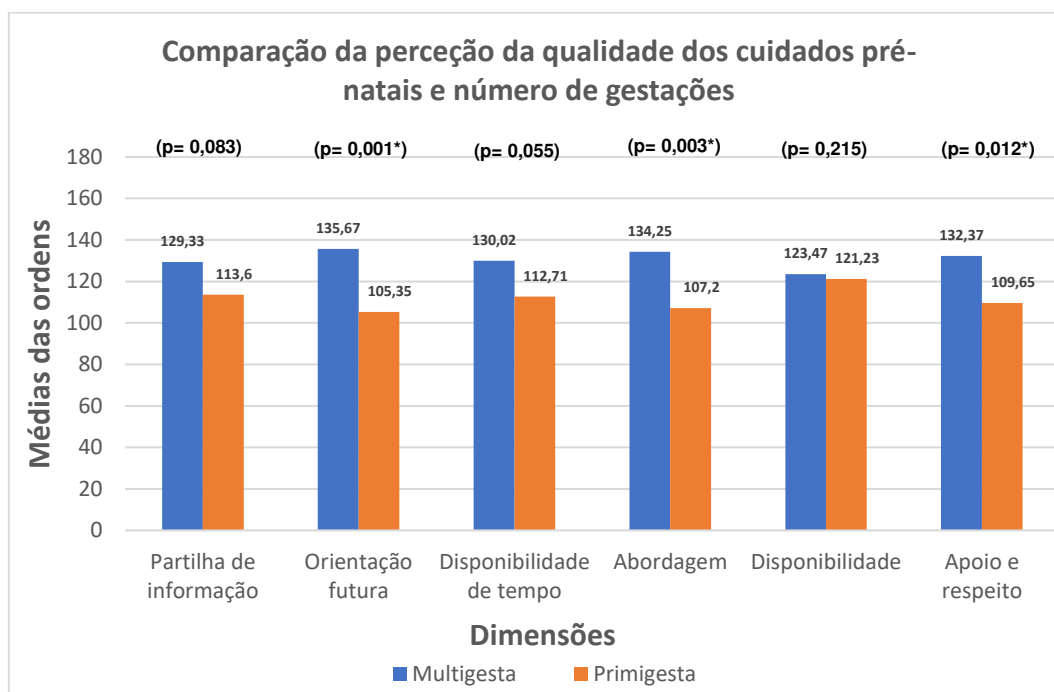
Quanto à variável “*tipo de vigilância da gravidez*” não se verificou uma relação estatisticamente significativa, entre a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e a classificação de gravidez de risco.

Para verificar a existência de diferenças entre as condições clínicas e a percepção da qualidade de cuidados pré-natais, testou-se a seguinte hipótese H2.1:

H2.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e as condições clínicas.

Na hipótese H2.1, os resultados revelaram que a condição clínica “*primigesta*” apresenta menor qualidade percebida nas dimensões: “*orientação futura*”, “*abordagem*” e “*apoio e respeito*”. De acordo como o que consta no Gráfico 1 em que estão representadas as médias das ordens relativas ao “*número de gestações*”. Contudo, nas dimensões: “*partilha de informação*”, “*disponibilidade de tempo*” e “*disponibilidade*” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos “*primigesta*” e “*multigesta*” ($p>0,05$).

Gráfico 1 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e número de gestações

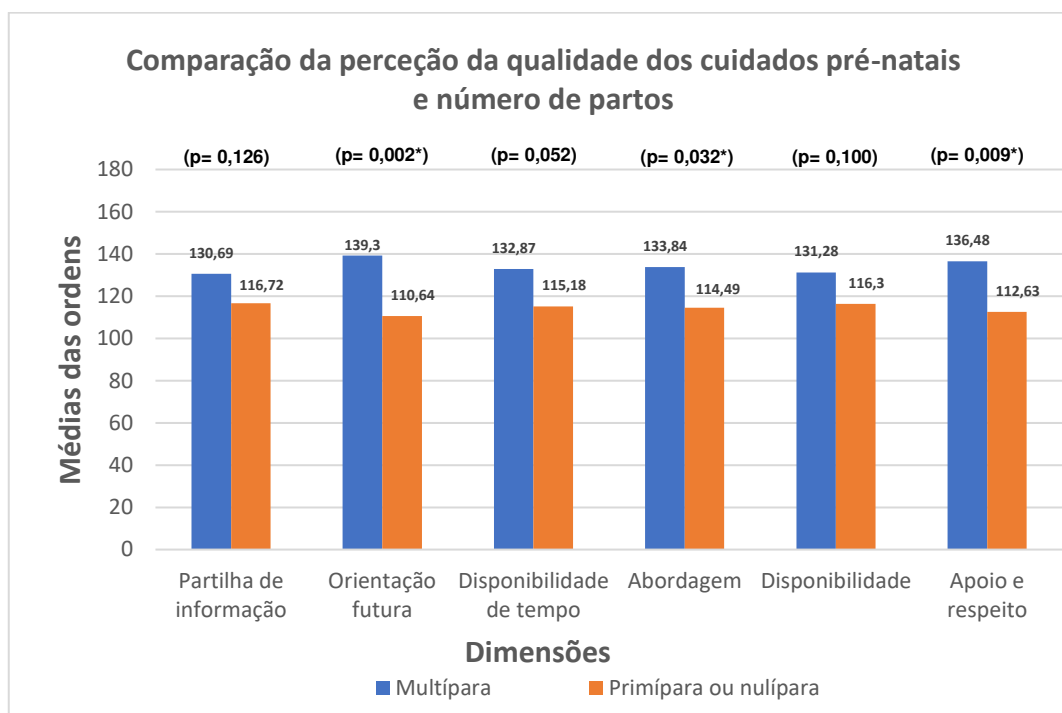


Legenda: p – nível de significância; * Associação significativa (teste Mann-Whitney)

De igual modo, os dados evidenciaram que a condição clínica de “*primípara ou nulípara*” apresenta inferiores médias das ordens de qualidade percebida nas dimensões: “*orientação futura*”, “*abordagem*” e “*apoio e respeito*”, de acordo como o que consta no Gráfico 2 em que

estão representadas as médias das ordens relativas ao “*número de partos*”. Também nas dimensões: “*partilha de informação*”, “*disponibilidade de tempo*” e “*disponibilidade*” não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos “*primípara ou nulípara*” e “*múltipara*” ($p > 0,05$).

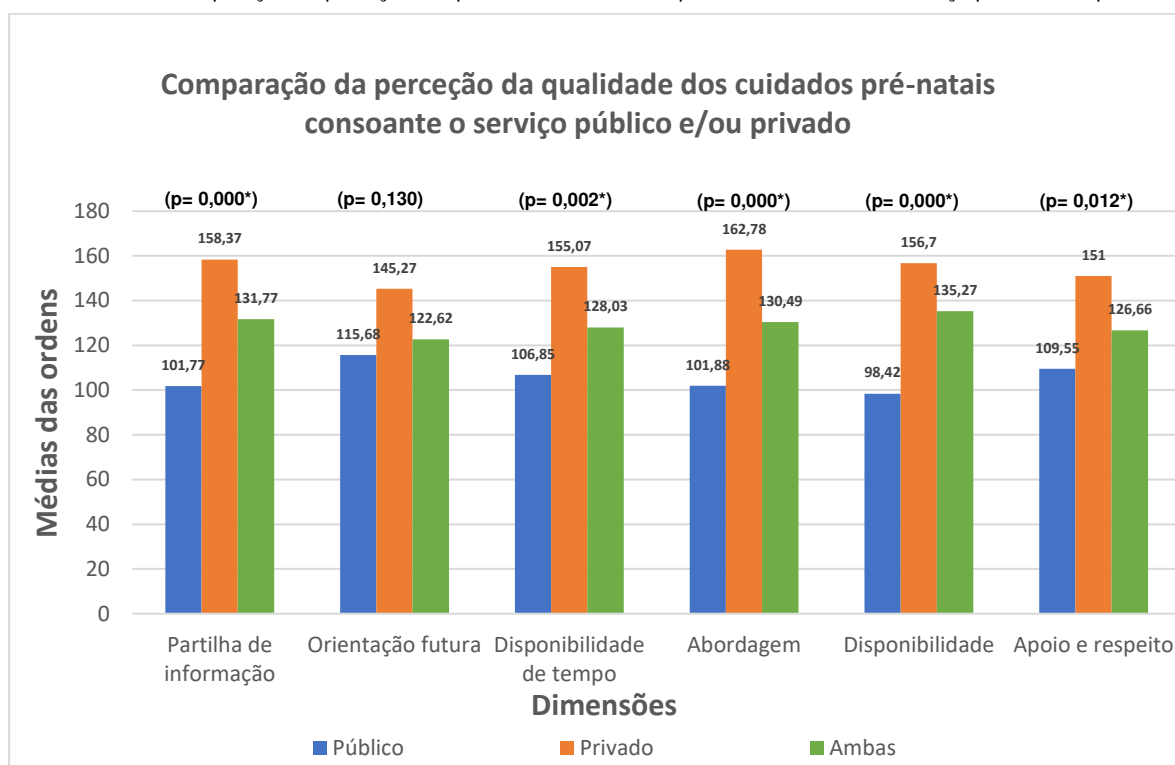
Gráfico 2 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e número de partos



Legenda: p – Nível de significância; * Associação significativa (teste Mann-Whitney)

Quanto ao tipo de instituição de vigilância, os resultados evidenciaram que a variável “*serviço público e/ou privado*” tem um efeito estatisticamente significativo sobre a percepção da qualidade em quase todas dimensões da escala, com exceção apenas da dimensão “*orientação futura*”, tal como consta no Gráfico 3 em que estão representadas as médias das ordens relativas ao “*serviço público e/ou privado*”. Segundo a comparação múltipla das ordens, com valores de significância ajustados pela correção *Bonferroni*, o grupo com vigilância da gravidez no serviço privado apresenta maiores níveis de qualidade percebida relativamente ao grupo com vigilância no serviço público, nas dimensões: “*partilha de informação*” ($p=0,000$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,003$), “*abordagem*” ($p=0,000$), “*disponibilidade*” ($p=0,000$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,014$). De igual modo, o grupo com vigilância partilhada entre o serviço público e privado apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo com vigilância no serviço público, nas dimensões: “*partilha de informação*” ($p=0,005$), “*abordagem*” ($p=0,008$) e “*disponibilidade*” ($p=0,000$). No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo cuja vigilância ocorreu numa instituição privada e o grupo cuja vigilância ocorreu em ambas as instituições ($p > 0,05$).

Gráfico 3 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante o serviço público e/ou privado



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

4.2.3. Hipótese 3

A análise das relações entre as variáveis relativas às especificidades de acesso e segurança nos cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19 e à percepção da qualidade de cuidados pré-natais nas diferentes dimensões da escala QPCQ, assentou na seguinte hipótese H3:

H3: Existe uma relação entre os níveis de qualidade percebida e as diferentes especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19.

No que diz respeito à hipótese H3, o coeficiente de correlação de *Spearman* revelou uma correlação linear negativa, estatisticamente significativa, perante a dificuldade em realizar exames e/ou consultas de vigilância durante a gravidez e o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ: “partilha de informação” (p=0,000), “orientação futura” (p=0,000), “disponibilidade de tempo” (p=0,000), “abordagem” (p=0,000), “disponibilidade” (p=0,000) e “apoio e respeito” (p=0,000).

De igual modo, a existência de barreiras para aceder à unidade de saúde onde ocorreu a vigilância da gravidez, apresentou uma correlação linear negativa, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala: “partilha de informação” (p=0,000), “orientação futura” (p=0,000), “disponibilidade de tempo” (p=0,000), “abordagem” (p=0,016), “disponibilidade” (p=0,002) e “apoio e respeito” (p=0,000).

A existência de outras vias de contacto com profissionais de saúde, para além das consultas presenciais, apresentou uma correlação estatisticamente positiva com o nível de qualidade percebida na dimensão “*disponibilidade*” ($p=0,003$).

Por sua vez, a percepção da grávida sobre existência de informação e regras a seguir, para diminuir o máximo possível o risco de infeção COVID-19 nas consultas presenciais, apresentou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala: “*partilha de informação*” ($p=0,000$), “*orientação futura*” ($p=0,000$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,000$), “*abordagem*” ($p=0,001$), “*disponibilidade*” ($p=0,000$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,000$).

A percepção da grávida sobre presença de profissionais de saúde em número que garanta uma assistência adequada, apresentou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala: “*partilha de informação*” ($p=0,000$), “*orientação futura*” ($p=0,000$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,000$), “*abordagem*” ($p=0,000$), “*disponibilidade*” ($p=0,000$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,000$).

A percepção sobre a reorganização adequada das divisões/gabinetes e espaços comuns para minimizar o risco de infeção COVID-19, apresentou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala: “*partilha de informação*” ($p=0,000$), “*orientação futura*” ($p=0,043$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,000$), “*abordagem*” ($p=0,010$), “*disponibilidade*” ($p=0,007$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,001$).

A percepção da utilização adequada de EPI pelos profissionais de saúde revelou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida nas dimensões da escala: “*partilha de informação*” ($p=0,038$), “*orientação futura*” ($p=0,001$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,028$), “*abordagem*” ($p=0,021$), e “*apoio e respeito*” ($p=0,032$).

Por sua vez, a percepção de alguma limitação na qualidade de cuidados recebidos revelou uma correlação linear negativa, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ: “*partilha de informação*” ($p=0,000$), “*orientação futura*” ($p=0,000$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,000$), “*abordagem*” ($p=0,000$), “*disponibilidade*” ($p=0,000$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,000$).

A percepção da grávida, sobre a capacidade dos profissionais de saúde em utilizar métodos de comunicação adequados para reduzir o nível de *stress*, relacionado com os procedimentos exigidos pela pandemia COVID-19, apresentou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala: “*partilha de informação*” ($p=0,000$), “*orientação futura*” ($p=0,000$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,000$), “*abordagem*” ($p=0,000$), “*disponibilidade*” ($p=0,000$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,000$).

A permissão de acompanhante nas consultas, durante a vigilância da gravidez, revelou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ: “*partilha de informação*” ($p=-0,008$), e “*disponibilidade*” ($p=-0,028$).

A frequência de sessões de preparação para o parto revelou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, com o nível de qualidade percebida nas dimensões da

escala: “partilha de informação” ($p=0,047$), “orientação futura” ($p=0,033$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,021$) e “disponibilidade” ($p=0,017$).

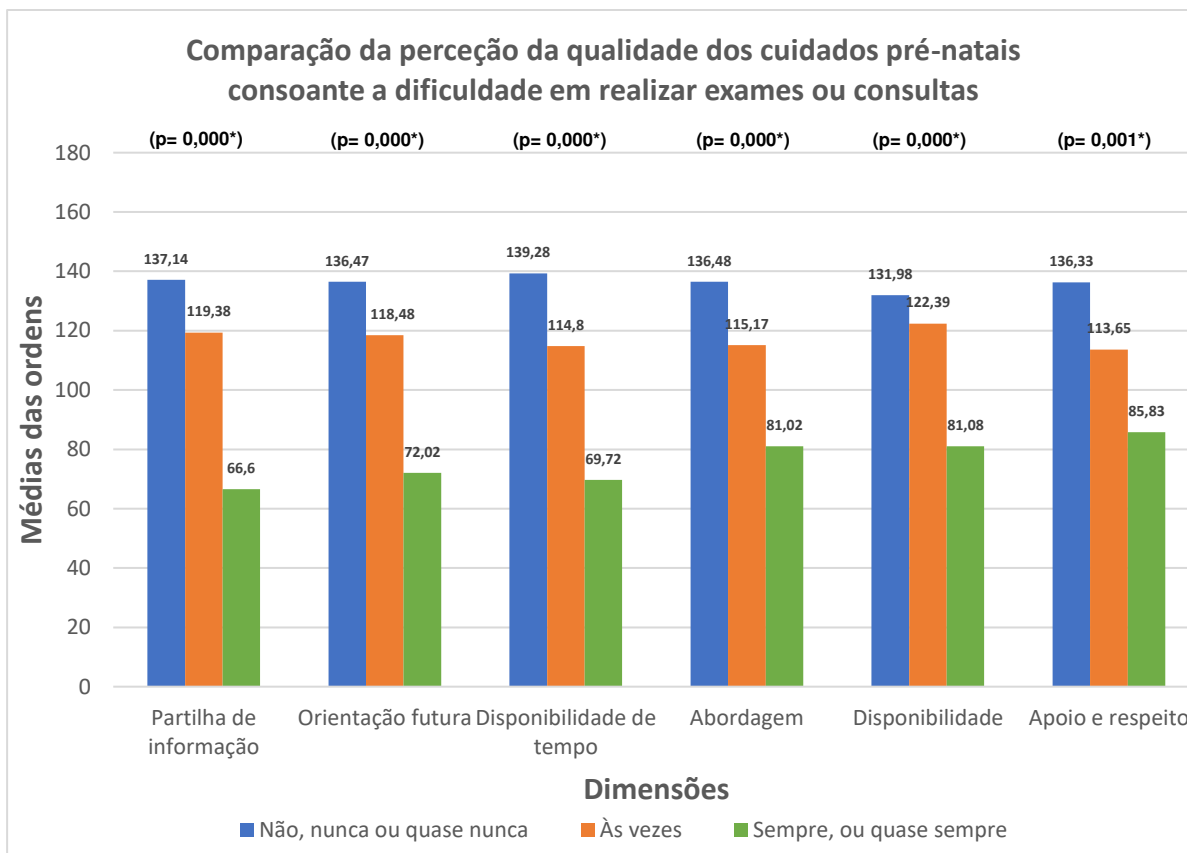
Para verificar a existência de diferenças entre as especificidades de acesso e segurança nos cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19 e a percepção da qualidade de cuidados pré-natais, testou-se a seguinte hipótese H3.1:

H3.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida e as diferentes especificidades de acesso e segurança na vigilância da gravidez em contexto de pandemia COVID-19.

Perante a hipótese H3.1, recorreu-se ao teste não paramétrico *Mann-Whitney* ou *Kruskal Wallis*, consoante o agrupamento de dados.

No que diz respeito à “*acessibilidade*”, a dificuldade em realizar exames e/ou consultas de vigilância durante a gravidez, apresentou um efeito estatisticamente significativo no nível de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 4 em que estão representadas as médias das ordens relativas à dificuldade em realizar exames ou consultas. De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, o grupo que nunca, ou quase nunca, teve dificuldade em realizar exames ou consultas apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo que sempre, ou quase sempre, teve essa dificuldade, com os seguintes valores de significância ajustados pela correção *Bonferroni*: “partilha de informação” ($p=0,000$), “orientação futura” ($p=0,000$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,000$), “abordagem” ($p=0,000$), “disponibilidade” ($p=0,000$) e “apoio e respeito” ($p=0,001$). De igual modo, o grupo que às vezes teve dificuldade apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo que sempre, ou quase sempre, teve dificuldade, nas dimensões: “partilha de informação” ($p=0,001$), “orientação futura” ($p=0,006$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,008$) e “disponibilidade” ($p=0,024$). Por último, o grupo que nunca, ou quase nunca, teve dificuldade em realizar exames ou consultas apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo que às vezes teve essa dificuldade, na dimensão “disponibilidade de tempo” ($p=0,038$).

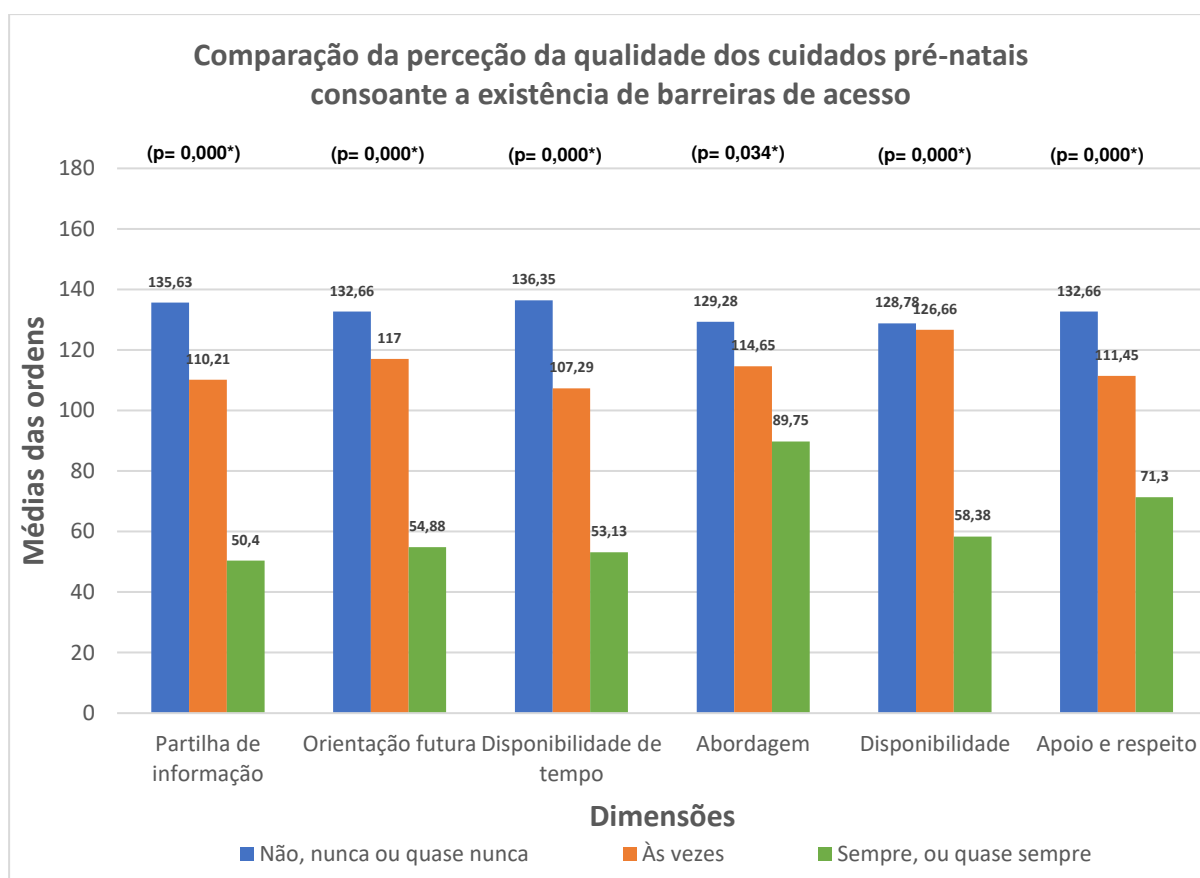
Gráfico 4 – Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a dificuldade em realizar exames ou consultas



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

De igual modo, a existência de barreiras de acesso evidenciou diferenças estatisticamente significativas no nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 5 em que estão representadas as médias das ordens relativas à existência de barreiras de acesso. De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, o grupo que nunca, ou quase nunca, enfrentou barreiras para aceder à unidade de saúde onde foi assistida, durante a gravidez, apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que sempre, ou quase sempre, enfrentou barreiras de acesso, com os seguintes valores de significância ajustados pela correção *Bonferroni*: “partilha de informação” ($p=0,000$), “orientação futura” ($p=0,000$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,000$), “abordagem” ($p=0,049$), “disponibilidade” ($p=0,000$) e “apoio e respeito” ($p=0,001$). Por sua vez, o grupo que nunca, ou quase nunca, enfrentou barreiras de acesso apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que às vezes enfrentou essa barreira, nas dimensões: “partilha de informação” ($p=0,003$), “orientação futura” ($p=0,002$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,008$) e “disponibilidade” ($p=0,002$). Por último, o grupo que às vezes enfrentou barreiras de acesso apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que sempre, ou quase sempre, enfrentou barreiras de acesso, na dimensão “disponibilidade de tempo” ($p=0,018$).

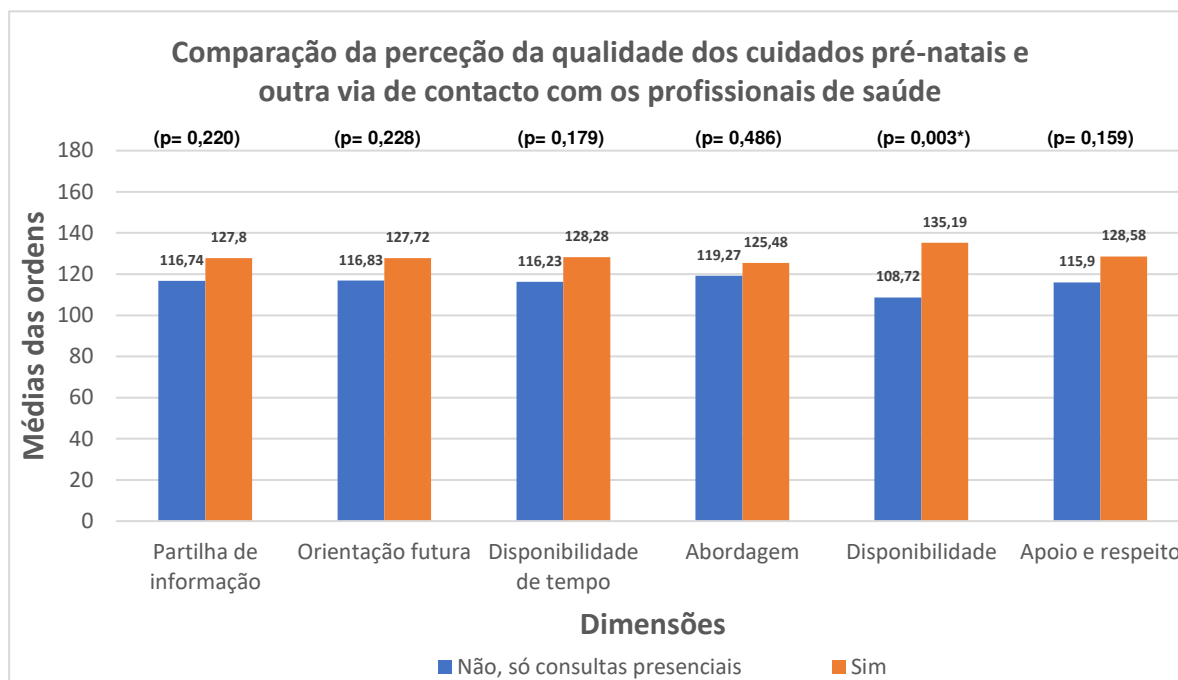
Gráfico 5 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a existência de barreiras de acesso



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

Relativamente à utilização de outra via de contacto com os profissionais de saúde, para além das consultas presenciais, apenas se verificou um efeito estatisticamente significativo, com maior nível de qualidade percebida, na dimensão “*disponibilidade*”, tal como consta no Gráfico 6 em que estão representadas as médias das ordens relativas à utilização de outra via de contacto com os profissionais de saúde. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: “*partilha de informação*”, “*orientação futura*”, “*disponibilidade de tempo*”, “*abordagem*” e “*apoio e respeito*” ($p > 0,05$).

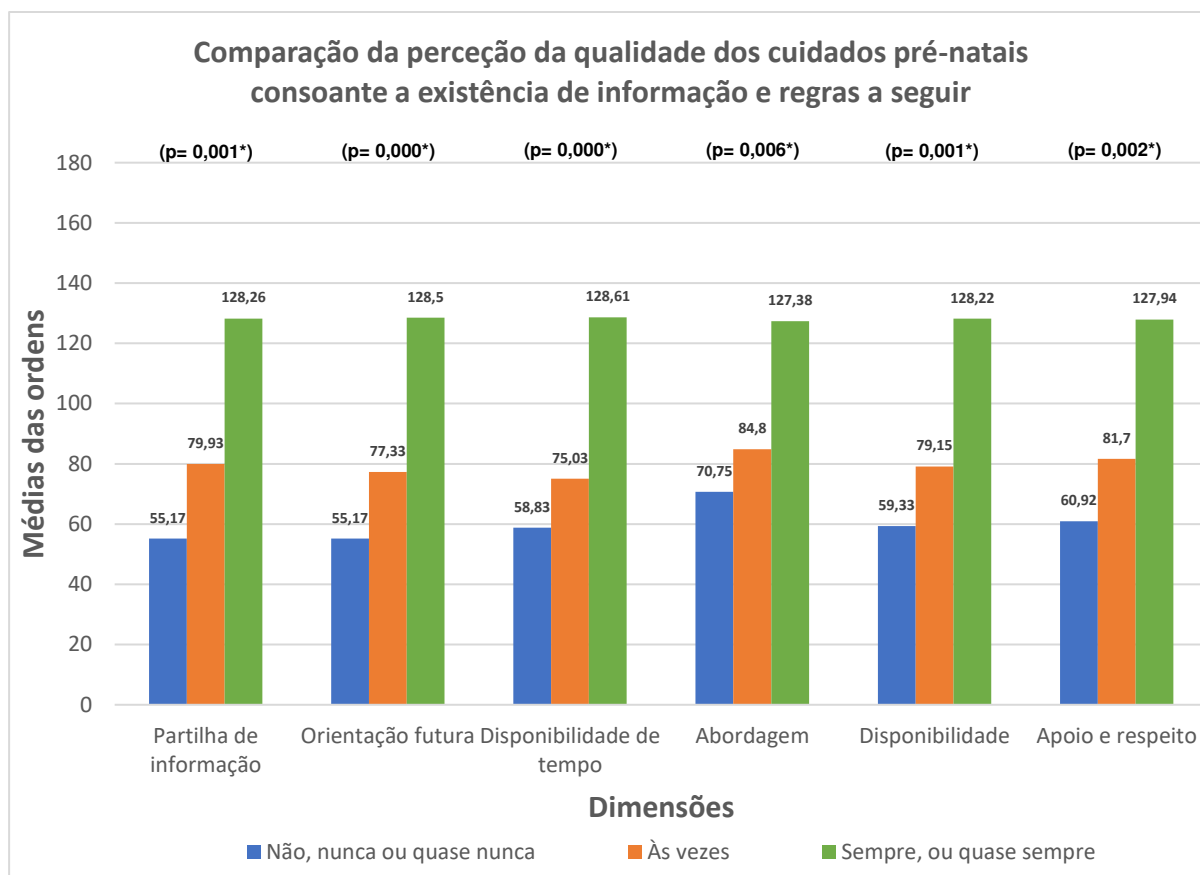
Gráfico 6 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais e outra via de contacto com os profissionais de saúde



Legenda: p – Nível de significância; * Associação significativa (teste Mann-Whitney)

No que concerne à “*segurança*”, nomeadamente à percepção da grávida sobre a existência de informação e regras a seguir para minimizar o risco de infeção COVID-19, os resultados revelaram um efeito estatisticamente significativo sobre o nível de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 7 em que estão representadas as médias das ordens relativas à existência de informação e regras a seguir. De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, o grupo que considerou existir informação e regras a seguir (sempre ou quase sempre) apresenta maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, comparativamente ao grupo que considerou que às vezes existia essa informação, com os seguintes valores de significância ajustados: “*partilha de informação*” ($p=0,010$), “*orientação futura*” ($p=0,006$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,003$), “*abordagem*” ($p=0,026$), “*disponibilidade*” ($p=0,018$) e “*apoio e respeito*” ($p=0,015$). Por sua vez, o grupo que considerou existir informação e regras a seguir (sempre ou quase sempre) apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo que considerou não existir essa informação, nas dimensões: “*partilha de informação*” ($p=0,036$), “*orientação futura*” ($p=0,036$), “*disponibilidade de tempo*” ($p=0,048$) e “*disponibilidade*” ($p=0,036$).

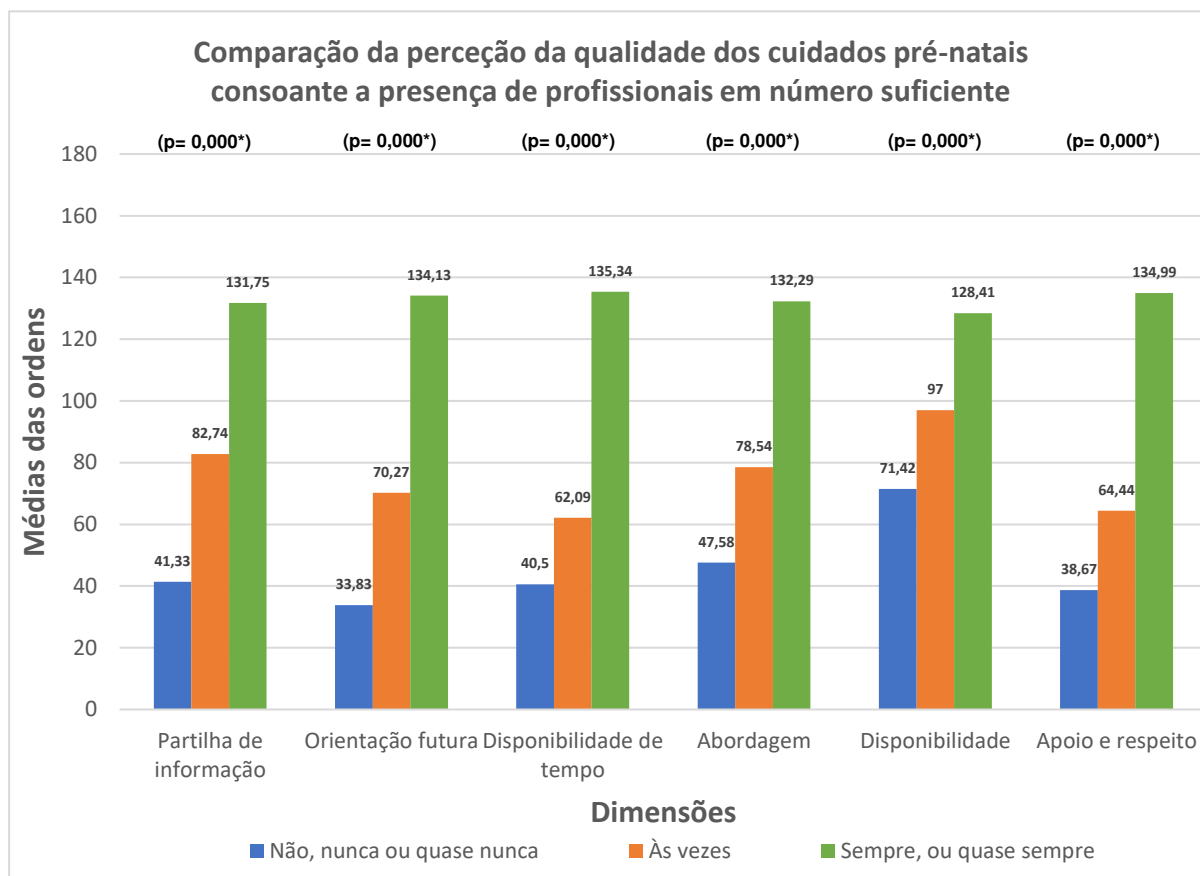
Gráfico 7 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a existência de informação e regras a seguir



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

No que diz respeito à percepção da grávida sobre a presença de profissionais de saúde em número suficiente para garantir uma assistência adequada, os resultados revelaram um efeito estatisticamente significativo sobre o nível de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 8 em que estão representadas as médias das ordens relativas à presença de profissionais de saúde em número suficiente. De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, o grupo que considerou que os profissionais de saúde estavam sempre presentes e em número suficiente apresenta maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, comparativamente ao grupo que considerou estarem apenas às vezes, com os seguintes valores de significância ajustados: “partilha de informação” ($p=0,000$), “orientação futura” ($p=0,000$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,000$), “abordagem” ($p=0,000$), “disponibilidade” ($p=0,001$) e “apoio e respeito” ($p=0,000$). Por sua vez, o grupo que considerou a presença de profissionais de saúde, sempre ou quase sempre, em número suficiente apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo que considerou que os profissionais de saúde nunca, ou quase nunca, estavam presentes e em número suficiente, nas dimensões: “partilha de informação” ($p=0,006$), “orientação futura” ($p=0,002$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,003$), “abordagem” ($p=0,010$), “disponibilidade” ($p=0,009$) e “apoio e respeito” ($p=0,003$).

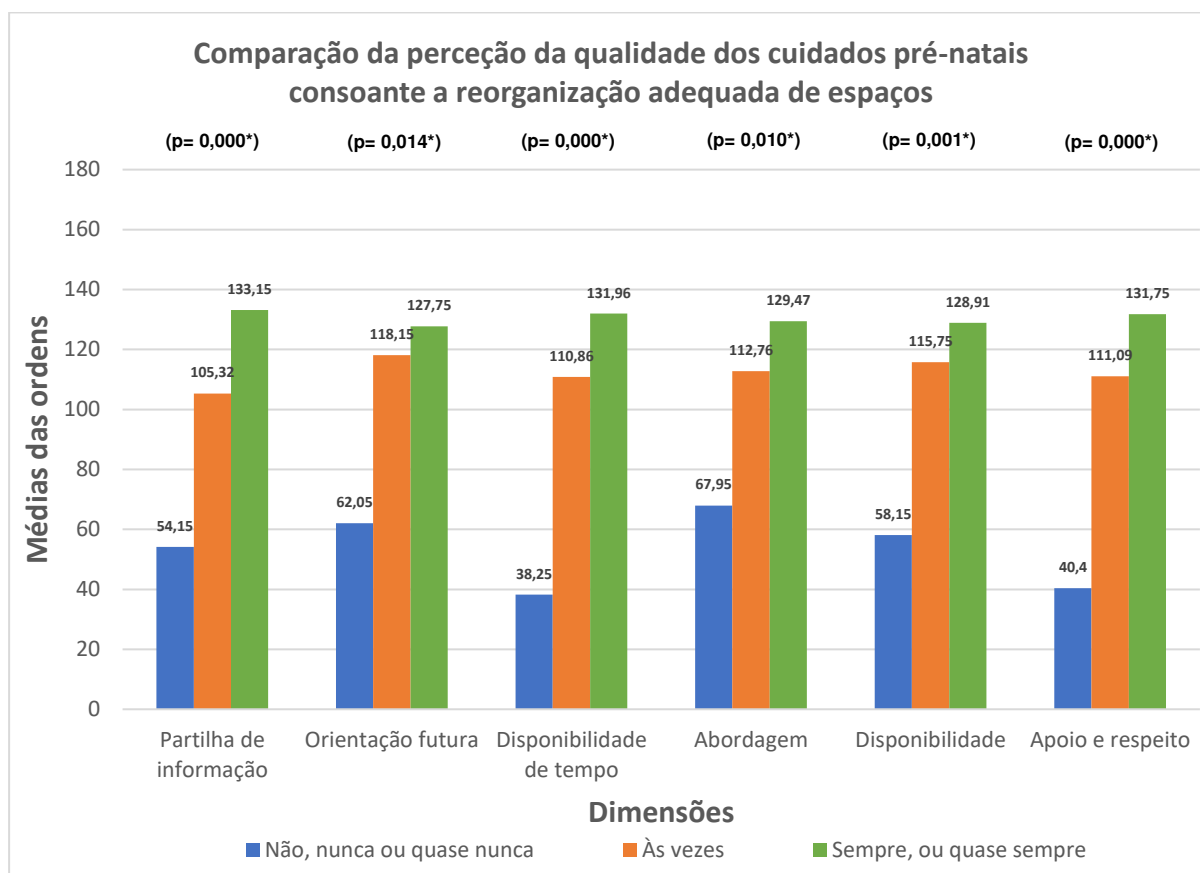
Gráfico 8 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a presença de profissionais em número suficiente



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

Quanto à percepção de uma reorganização adequada das divisões/gabinetes e espaços comuns para minimizar o risco de infeção COVID-19, verificou-se uma relação estatisticamente significativa com o nível de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 9 em que estão representadas as médias das ordens relativas à reorganização adequada de espaços. A comparação de médias das ordens revelou que o grupo que considerou existir, sempre ou quase sempre, espaços reorganizados adequadamente apresenta maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, comparativamente ao grupo que considerou não existir uma reorganização adequada, com os seguintes valores de significância ajustados: “partilha de informação” ($p=0,002$), “orientação futura” ($p=0,013$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,000$), “abordagem” ($p=0,020$), “disponibilidade” ($p=0,000$) e “apoio e respeito” ($p=0,000$). Por sua vez, o grupo que considerou, por vezes, existir uma reorganização adequada dos espaços apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que considera que as divisões/gabinetes e espaços comuns não estavam reorganizadas adequadamente, nas dimensões: “disponibilidade de tempo” ($p=0,007$), “disponibilidade” ($p=0,005$) e “apoio e respeito” ($p=0,009$). Por último, o grupo que considerou os espaços reorganizados adequadamente apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que considera que as divisões/gabinetes e espaços comuns não estavam reorganizadas adequadamente, na dimensão “disponibilidade de tempo” ($p=0,020$).

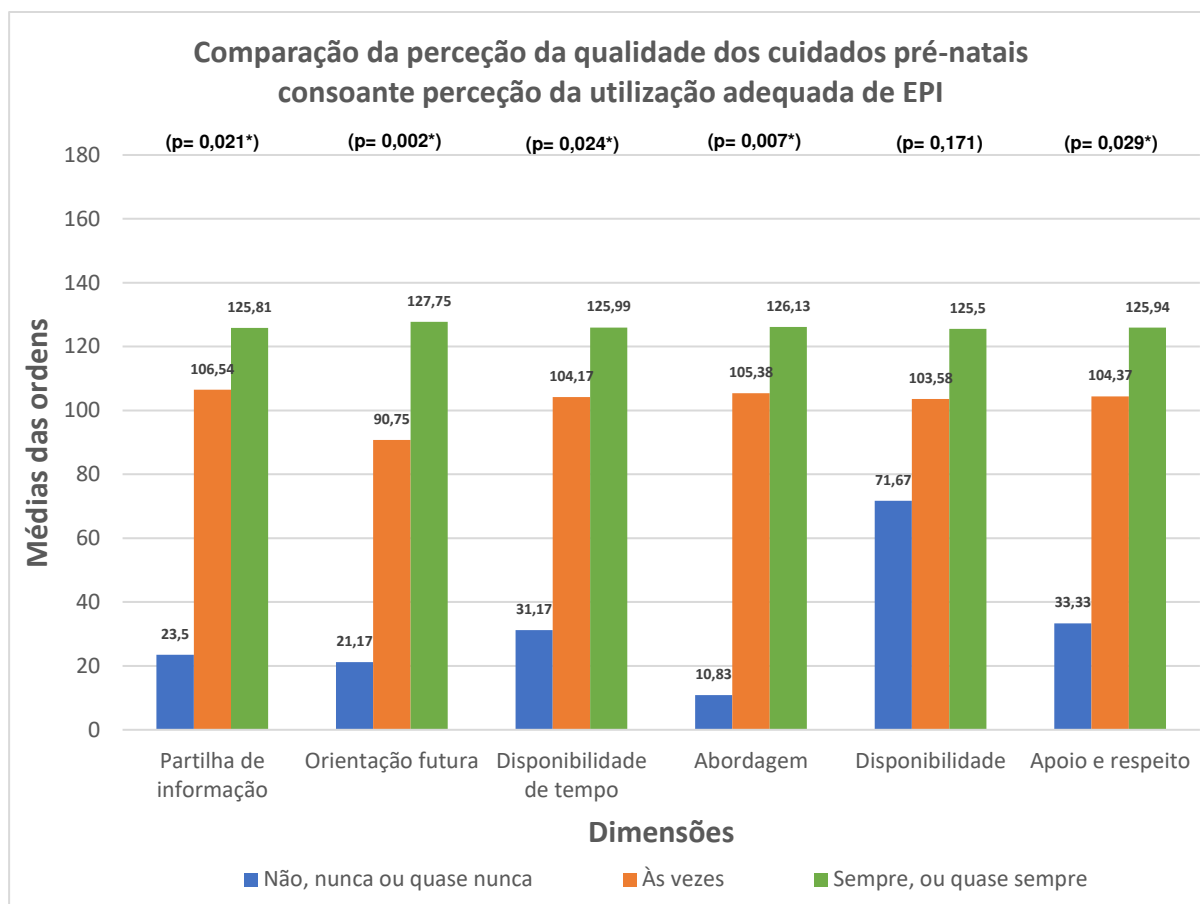
Gráfico 9 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a reorganização adequada de espaços



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

Relativamente à percepção da utilização adequada de EPI pelos profissionais de saúde, verificou-se uma relação estatisticamente significativa com o nível de qualidade percebida em quase todas as dimensões da escala QPCQ, com exceção apenas da dimensão “*disponibilidade*”, tal como consta no Gráfico 10 em que estão representadas as médias das ordens relativas à utilização adequada de EPI pelos profissionais de saúde. Contudo a comparação de médias das ordens não confirmou uma distribuição estatisticamente significativa entre a utilização adequada de EPI sobre o nível de qualidade percebida nas dimensões: “*disponibilidade de tempo*” e “*apoio e respeito*” com valor de $p > 0,05$. Os resultados revelaram que o grupo que considerou que na consulta presencial, os profissionais de saúde estavam sempre, ou quase sempre, equipados com EPI adequado apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que considerou que a utilização de EPI nunca, ou quase nunca, era adequada, com os seguintes valores de significância ajustados, nas dimensões: “*partilha de informação*” ($p=0,037$), “*orientação futura*” ($p=0,028$) e “*abordagem*” ($p=0,013$). Por sua vez, o grupo que considerou que a utilização de EPI às vezes era adequada e de forma correta, apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que considera que a utilização de EPI nunca ou quase nunca era adequada, na dimensão: “*orientação futura*” ($p=0,035$).

Gráfico 10 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante percepção da utilização adequada de EPI

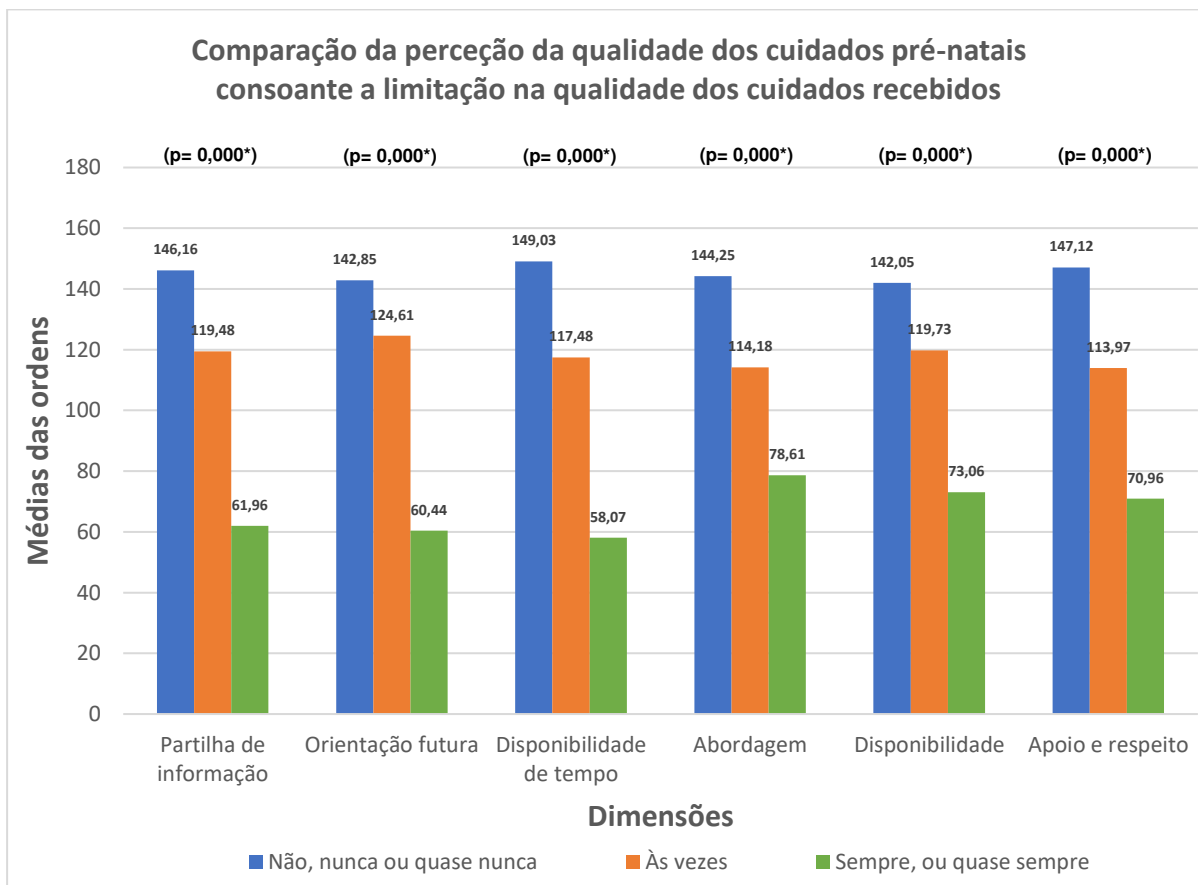


Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

Os resultados relacionados com a assistência em contexto de pandemia COVID-19, no que diz respeito à percepção de alguma limitação na qualidade de cuidados recebidos, evidenciaram uma relação estatisticamente significativa com valores inferiores de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 11 em que estão representadas as médias das ordens relativas à limitação na qualidade de cuidados recebidos. A comparação de médias das ordens revelou que o grupo que considerou nunca, ou quase nunca, existir alguma limitação na qualidade apresenta maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, comparativamente ao grupo que considerou existir, sempre ou quase sempre alguma limitação na qualidade, com os seguintes valores de significância ajustados: “partilha de informação” (p=0,000), “orientação futura” (p=0,000), “disponibilidade de tempo” (p=0,000), “abordagem” (p=0,000), “disponibilidade” (p=0,000) e “apoio e respeito” (p=0,000). O grupo que considerou nunca ou quase nunca existir alguma limitação na qualidade também apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que considerou existir às vezes alguma limitação na qualidade, nas dimensões: “partilha de informação” (p=0,022), “disponibilidade de tempo” (p=0,004), “abordagem” (p=0,007), e “apoio e respeito” (p=0,003). Por outro lado, o grupo que considerou às vezes existir alguma limitação na qualidade apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que considerou existir, sempre ou quase sempre, alguma limitação na qualidade, nas dimensões: “partilha de informação” (p=0,000),

“orientação futura” ($p=0,000$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,000$), “abordagem” ($p=0,021$), “disponibilidade” ($p=0,001$) e “apoio e respeito” ($p=0,004$).

Gráfico 11 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a limitação na qualidade dos cuidados recebidos

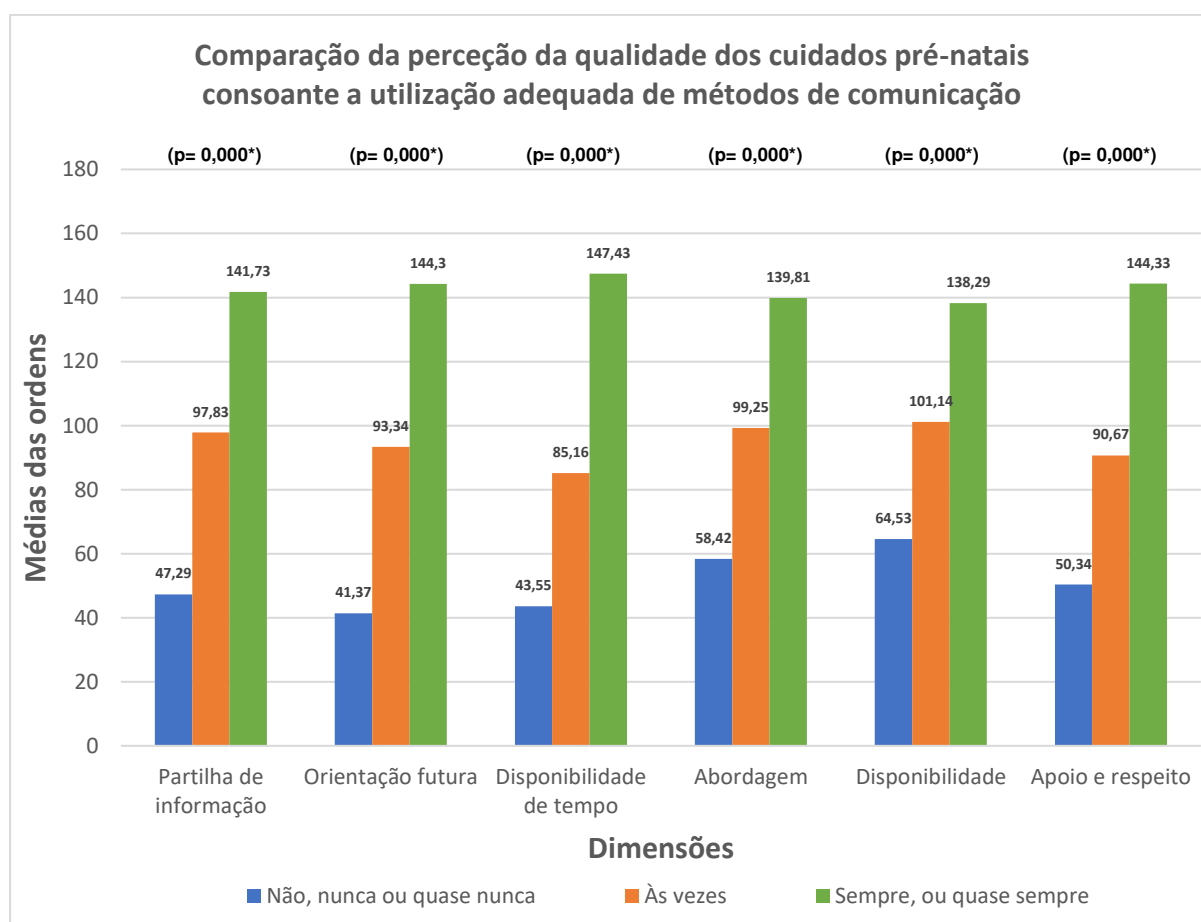


Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

No que se refere à percepção da grávida sobre a capacidade dos profissionais de saúde em utilizar métodos de comunicação adequados para reduzir o nível de *stress*, relacionado com os procedimentos exigidos pela pandemia COVID-19, verificou-se uma relação estatisticamente significativa com maior nível de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta no Gráfico 12 em que estão representadas as médias das ordens relativas à utilização adequada de métodos de comunicação. A comparação de médias das ordens revelou que o grupo que considerou que os profissionais de saúde foram, sempre ou quase sempre, capazes de utilizar métodos de comunicação adequados apresenta maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ, comparativamente ao grupo que considerou que os profissionais de saúde não foram capazes de utilizar métodos de comunicação adequados, com os seguintes valores de significância ajustados: “partilha de informação” ($p=0,000$), “orientação futura” ($p=0,000$), “disponibilidade de tempo” ($p=0,000$), “abordagem” ($p=0,000$), “disponibilidade” ($p=0,000$) e “apoio e respeito” ($p=0,000$). De igual modo, o grupo que considerou que os profissionais de saúde foram, sempre ou quase sempre, capazes de utilizar métodos de comunicação adequados apresenta maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ,

comparativamente ao grupo que considerou que apenas às vezes os profissionais de saúde foram capazes de utilizar métodos de comunicação adequados, com os seguintes valores de significância ajustados: “partilha de informação” (p=0,000), “orientação futura” (p=0,000), “disponibilidade de tempo” (p=0,000), “abordagem” (p=0,000), “disponibilidade” (p=0,001) e “apoio e respeito” (p=0,000). Por outro lado, o grupo que considerou que às vezes os profissionais de saúde foram capazes de utilizar métodos de comunicação adequados apresenta maiores níveis de qualidade percebida comparativamente ao grupo que considerou que os profissionais de saúde nunca, ou quase nunca, foram capazes de utilizar métodos de comunicação adequados nas dimensões: “partilha de informação” (p=0,017) e “orientação futura” (p=0,014).

Gráfico 12 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a utilização adequada de métodos de comunicação

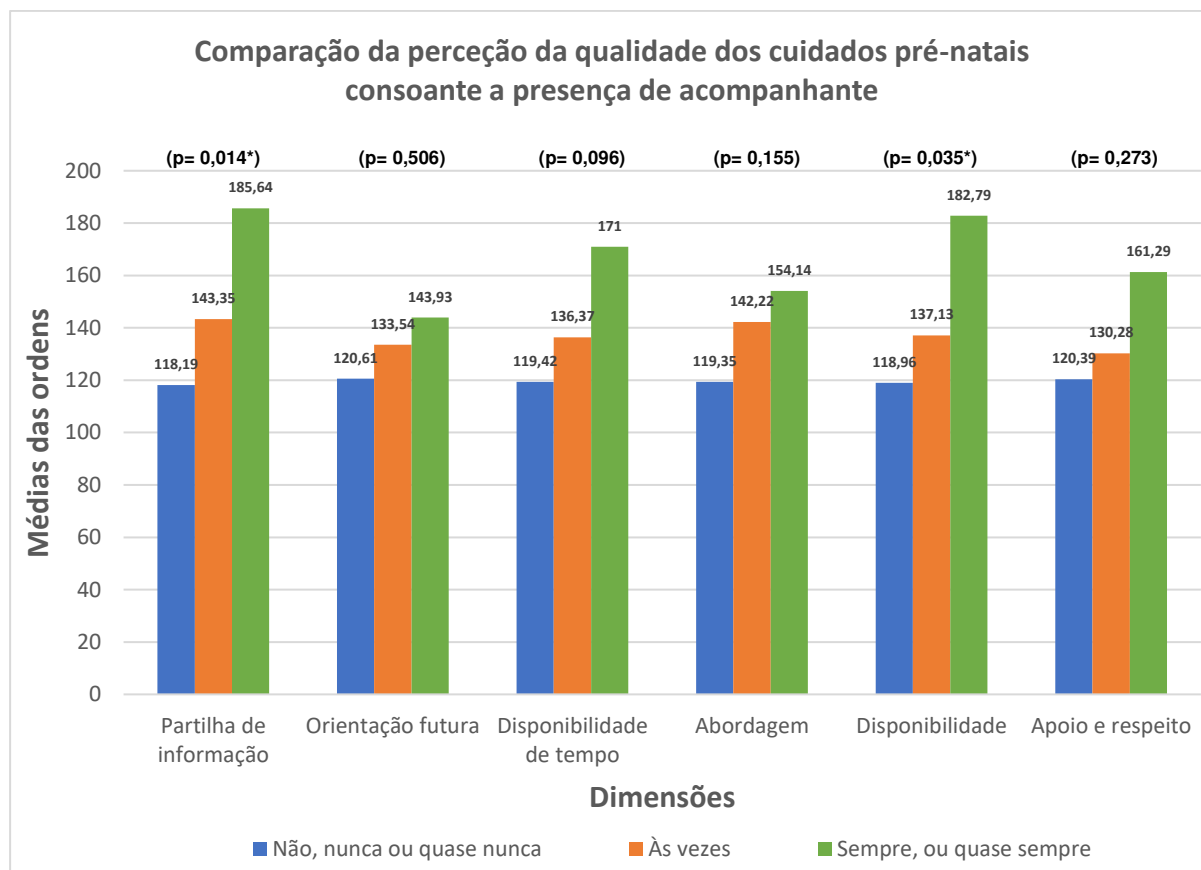


Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

Quanto à permissão de ter a presença de um acompanhante nas consultas, durante a vigilância da gravidez, os resultados evidenciaram uma relação estatisticamente significativa com maior nível de qualidade percebida, apenas, nas dimensões da escala QPCQ “partilha de informação” e “disponibilidade”, tal como consta no Gráfico 13 em que estão representadas as médias das ordens relativas à presença de acompanhante. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: “orientação futura”, “disponibilidade de tempo”, “abordagem” e “apoio e respeito” (p>0,05). Contudo a comparação de médias das ordens não

confirmou uma distribuição estatisticamente significativa entre a permissão de acompanhante nas consultas sobre o nível de qualidade percebida na dimensão “*disponibilidade*” com valor de $p > 0,05$ (Anexo 5 – Figura 2 e 3). Os resultados revelaram que o grupo que lhes foi sempre ou quase sempre, permitida a presença de um acompanhante nas consultas apresenta maiores níveis de qualidade percebida, comparativamente ao grupo que nunca ou quase nunca teve essa permissão, com os seguintes valores de significância ajustados, na dimensão “*partilha de informação*” ($p = 0,037$).

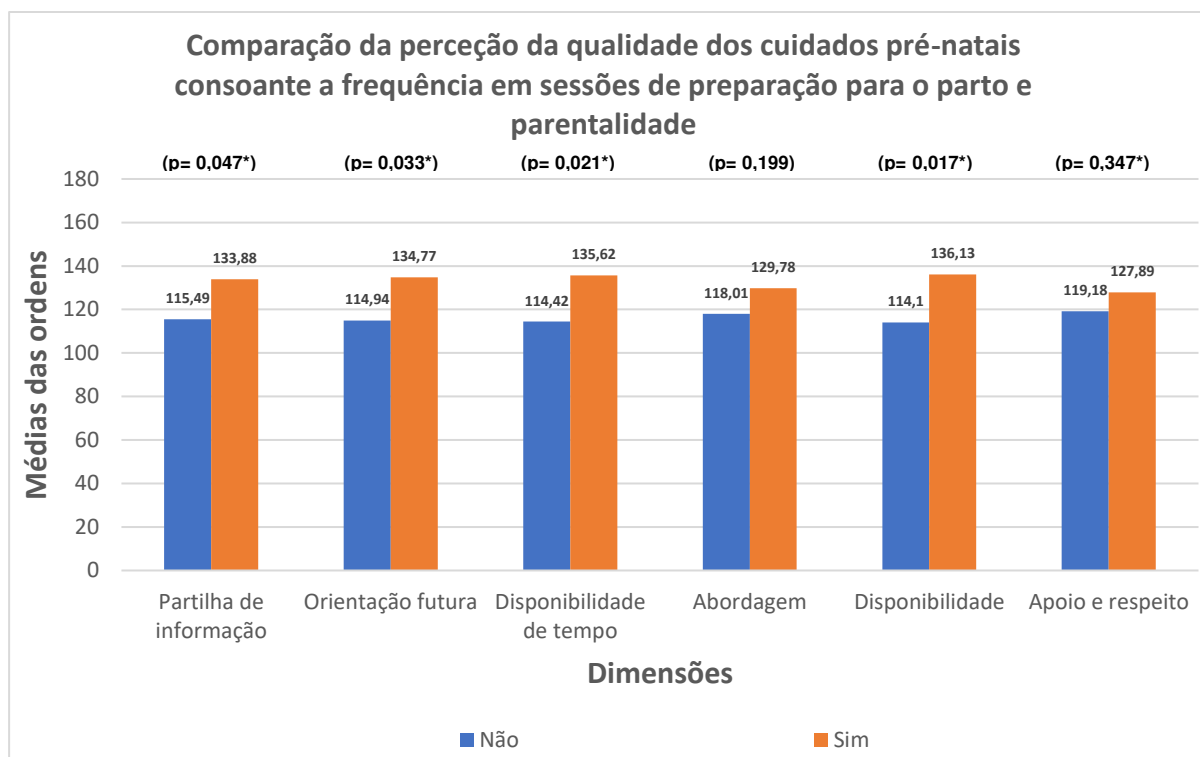
Gráfico 13 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a presença de acompanhante



Legenda: p – Nível de significância; * Associação Significativa (teste *Kruskal Wallis*)

Relativamente à educação pré-natal, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativa entre o grupo que frequentou sessões de preparação para o parto e parentalidade com maior nível de qualidade percebida nas dimensões: “*partilha de informação*”, “*orientação futura*”, “*disponibilidade de tempo*” e “*disponibilidade*”, tal como consta no Gráfico 14 em que estão representadas as médias das ordens relativas à frequência de sessões de preparação para o parto e parentalidade. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões: “*abordagem*” e “*apoio e respeito*” ($p > 0,05$).

Gráfico 14 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante a frequência em sessões de preparação para o parto e parentalidade



Legenda: p – Nível de significância; * Associação significativa (teste Mann-Whitney)

4.2.4. Hipótese 4

A análise das relações entre o nível de satisfação com os cuidados pré-natais e a percepção da qualidade de cuidados pré-natais nas diferentes dimensões da escala QPCQ, assentou na seguinte hipótese H4:

H4: Existe uma relação entre o nível de qualidade percebida e o nível de satisfação com os cuidados recebidos durante a gravidez.

No que concerne à hipótese H4, o coeficiente de correlação de *Spearman* revelou uma correlação linear positiva, estatisticamente significativa, entre o “nível de satisfação” com os cuidados recebidos durante a gravidez e o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ: “partilha de informação” (p=0,000), “orientação futura” (p=0,000), “disponibilidade de tempo” (p=0,000), “abordagem” (p=0,000), “disponibilidade” (p=0,000) e “apoio e respeito” (p=0,000).

Para verificar a existência de diferenças entre o nível de satisfação com os cuidados pré-natais e a percepção da qualidade de cuidados pré-natais, testou-se a seguinte hipótese H4.1:

H4.1: Existem diferenças entre os *scores* médios do nível de qualidade percebida e o nível de satisfação com os cuidados recebidos durante a gravidez.

Por fim, na hipótese H4.1, os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativa entre o “nível de satisfação” com os cuidados recebidos e o nível de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala QPCQ, tal como consta na Tabela 8 em que estão representadas as médias das ordens relativas ao “nível de satisfação”. A comparação

de médias das ordens revelou que maiores “níveis de satisfação” se relacionam com maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ (Anexo V – Figura 4 a 9).

Tabela 8 - Comparação da percepção da qualidade dos cuidados pré-natais consoante o nível de satisfação

Dimensões	Nível de satisfação	N	Médias ordens	Sig.
<i>Partilha de informação</i>	Maus	5	10,70	,000*
	Insuficientes	26	41,50	
	Suficientes	45	75,53	
	Bons	106	129,91	
	Excelentes	60	185,03	
<i>Orientação futura</i>	Maus	5	16,20	,000*
	Insuficientes	26	47,73	
	Suficientes	45	77,20	
	Bons	106	129,38	
	Excelentes	60	181,54	
<i>Disponibilidade de tempo</i>	Maus	5	8,20	,000*
	Insuficientes	26	50,88	
	Suficientes	45	76,89	
	Bons	106	125,48	
	Excelentes	60	187,98	
<i>Abordagem</i>	Maus	5	24,90	,000*
	Insuficientes	26	71,44	
	Suficientes	45	94,38	
	Bons	106	123,28	
	Excelentes	60	168,44	
<i>Disponibilidade</i>	Maus	5	15,40	,000*
	Insuficientes	26	58,52	
	Suficientes	45	81,67	
	Bons	106	129,11	
	Excelentes	60	174,07	
<i>Apoio e respeito</i>	Maus	5	17,30	,000*
	Insuficientes	26	44,73	
	Suficientes	45	81,00	
	Bons	106	126,76	
	Excelentes	60	184,53	

Legenda: N – amostra em estudo; Sig. - Significância; * Associação Significativa (teste Kruskal Wallis)

4.3. Análise qualitativa

Com vista à identificação de oportunidades de melhoria nos cuidados pré-natais, as participantes foram incentivadas a apresentar sugestões de melhorias. Do processo de análise dos relatos emergiram quatro categorias: infraestrutura e organização; atitudes e práticas profissionais; presença de acompanhante; e preparação para o parto e parentalidade (Anexo VI).

4.3.1. Infraestrutura e organização

As grávidas inquiridas sugeriram melhorias em vários pontos na categoria “infraestrutura e organização”. Neste contexto, foram abordadas questões sobre as infraestruturas das maternidades e organização dos processos, evidenciando que uma estrutura física não adequada ou a presença de dificuldades no acesso podem ter uma influência negativa no processo de cuidados pré-natais.

- Melhoria das infraestruturas e equipamentos:

Na subcategoria “infraestruturas e equipamentos”, evidenciou-se que uma boa infraestrutura e condições técnicas são requisitos favoráveis e primordiais para a melhoria da qualidade de vigilância da gravidez e das práticas profissionais.

“(…) o SNS deveria ter atenção e contratar mais profissionais para as diferentes unidades. (...) deveriam dar melhores condições aos nossos profissionais, principalmente os nossos enfermeiros são muito desvalorizados. (...) avançar com melhorias dos edifícios, tais como Maternidade (...) ao ter melhores condições (...) os seus profissionais, poderão dar melhor atenção e prestar um melhor serviço de apoio ao utente” (R47).

“(…) mais controlo na higiene das casas de banho das utentes e reduzir o barulho” (R241).

- Maior eficiência nos processos:

Na subcategoria “eficiência nos processos”, salientou-se a importância da redução da burocracia, com agilização de protocolos entre instituições e a criação de linhas de acesso direto, de modo a produzir resultados que respondam às necessidades de saúde da população, com segurança e otimização dos recursos.

“(…) deviam ter organizado os serviços com o menor contacto possível com outras pessoas. Muitas vezes tivemos de nos deslocar às instalações para simplesmente ir buscar um documento de baixa ou receita médica, quando isto poderia ser realizado por e-mail” (R56).

“(…) quando sabem que estamos infetadas passam a nos deixar ao abandono em casa à espera de orientações que nunca chegam por iniciativa deles” (140).

- Melhoria do acesso a consultas e exames:

Na subcategoria “acesso a consultas e exames”, evidenciou-se um grande impacto da pandemia COVID-19 no acesso a cuidados de saúde pré-natais, quer a nível dos cuidados de saúde primários quer a nível hospitalar.

“(…) no centro de saúde indicaram que não tinham vaga para mim” (R115).

“(…) O problema relacionou-se sempre com o acesso aos cuidados de saúde primários, impossibilidade permanente de contacto com os serviços de saúde, falta de resposta dos serviços por estarem absolutamente sobrecarregados” (R219).

“Serviço da linha saúde 24 só está focada no COVID-19 (...) tive de desistir de esperar porque ninguém me atendeu. Fui direita para o hospital sem o apoio necessário” (R40).

- Telessaúde em saúde materna e obstétrica:

Na subcategoria “telessaúde em saúde materna e obstétrica”, evidenciou-se que a mudança do paradigma da consulta unicamente presencial para modelos híbridos que englobem a telessaúde, apresentam benefícios económicos relacionados com a redução de deslocações desnecessárias aos serviços de saúde, gestão de recursos e melhoria de acesso a cuidados de saúde.

“Consultas online” (R109).

“(…) manter a linha telefónica de urgência obstétrica aberta após a pandemia” (R86).

“(…) disponibilidade via telefónica dos profissionais de saúde” (R242).

4.3.2. Atitudes e práticas profissionais

Os relatos das grávidas inquiridas relativos à categoria “atitudes e práticas profissionais” abordaram questões sobre a excelência de cuidados de saúde pré-natais, centrados na pessoa a cuidar, com respeito pelos direitos humanos. As sugestões de melhoria evidenciaram que a qualidade de vigilância da gravidez se relaciona não só com as competências técnicas dos profissionais de saúde. A experiência positiva durante a gravidez relaciona-se com as expectativas pessoais da pessoa cuidada, a perceção de apoio dos profissionais de saúde, a qualidade da relação interpessoal com a equipa de cuidados, e o seu papel ativo na tomada de decisão.

- Prestar cuidados pré-natais de excelência:

Na subcategoria “cuidados pré-natais de excelência”, salientou-se a importância atribuída à forma como as mulheres são assistidas durante a gravidez, parto e pós-parto.

“(…) que as ecografias fossem feitas com mais cuidado” (R43).

“Mais apoio sobre a questão da amamentação” (R68).

“Apoio psicológico” (R108).

“(…) o parto em si, (...) foi um desastre. E este momento – porventura o mais importante - merecia ser estudado” (R124).

“Os cuidados que tive foram numa clínica privada (...) em nada têm a ver com os cuidados no hospital público que pecam em tudo” (R126).

“(…) melhor preparação/ acompanhamento das enfermeiras no recobro (nomeadamente face à amamentação)” (R170).

“(…) no hospital não tive uma boa assistência no pós-parto. Pedia ajuda para tratar da minha bebé porque estava cheia de dores e respondiam mal (...) no dia a seguir ao meu parto, onde nem 24 horas tinham passado, um enfermeiro apertou-me tanto a barriga (tive

cesariana) ao ponto de me deixar a chorar e sem respirar! No dia da minha alta não deixaram o meu namorado entrar, tive de fazer esforços a carregar as malas, a arrumar as malas, a preparar a bebé e as coisas dela, a vestir-me e calçar-me sozinha! Não recomendo a ninguém...e obviamente vou apresentar queixa!” (R204).

“Continuar a boa assistência, atenção e cuidado que têm com as grávidas, mães e recém-nascidos” (R238).

- Respeito pelos direitos humanos:

Na subcategoria “respeito pelos direitos humanos”, realçou-se que a perceção de qualidade e segurança pré-natal deve ser entendida para além da prevenção da mortalidade e morbilidade materno-fetal. As experiências positivas durante a gravidez, parto e pós-parto impõem uma assistência com base nos direitos humanos fundamentais das mulheres, com respeito pela sua autonomia, dignidade e sentimentos.

“(…) não há sensibilidade ou respeito perante grávidas internadas. Exemplo: profissionais que não se apresentam (...); informam as grávidas dos procedimentos a seguir sem qualquer explicação, contextualização ou troca de ideias. As grávidas são pessoas e devem ser tratadas como tal. Pensam e, têm uma opinião e direito a que lhes expliquem todos os procedimentos e cuidados inerentes ao seu estado” (R5).

“(…) devido ao COVID-19 a assistência não era suficiente (...) faltou aquela proximidade a que estamos habituados” (R10).

“Ter atenção e devidamente cuidado e dedicação com a grávida” (R38).

“Ouvir mais as gestantes, sem pressas nem julgamentos” (R44).

“As pessoas que atendem as grávidas serem um pouco mais meigas” (R69).

“Terem atenção a certos profissionais de saúde nos hospitais que em vez de tranquilizar uma grávida de primeira viagem ainda a stressa mais e a rebaixa, sem a grávida saber do que estão a falar porque gritam primeiro e fazem perguntas depois” (R100).

“(…) mais humanização” (R109).

“Mais escuta ativa para facilitar a comunicação” (R230).

- Cuidados centrados na pessoa:

Na subcategoria “cuidados centrados na pessoa”, realçou-se a importância de centrar os cuidados nas necessidades e expectativas da mulher/casal, numa perspetiva de participação ativa, promovendo uma tomada de decisão consciente e informada.

“(…) verem a grávida como uma pessoa única (...) e não mais uma grávida como tantas outras” (R11).

“O parto é da mulher, não é da equipa médica. Mudando o foco, tudo o resto muda por arrasto” (R55).

“Respeitar a paciente e procurar informar para que ELA tome as suas decisões. Não tomar as decisões por ela” (R142).

“Maior atenção à grávida durante o trabalho de parto. Senti-me muito sozinha e incompreendida” (R159).

“Principalmente em mães de primeira viagem, penso que deveria haver um cuidado acrescido no acompanhamento, não potenciar o medo e prestar a informação adequada. No internamento deviam dar valor às queixas da mãe, de forma a não colocar os bebés em sofrimento cardíaco e em risco de vida. Deveria existir um maior contacto no parto e não deixarem as mães sozinhas dentro de uma sala” (R166).

“Mais informações sobre os cuidados, por ex: quantas consultas vai haver e porquê. Mais respeito para as escolhas da mulher, por ex: se não quero epidural, não quero ser questionada sobre isso” (R171).

“Totalmente errada a pressão feita pelas enfermeiras para amamentar, mesmo não tendo leite e vendo o meu bebé cheio de fome. A discriminação à minha pessoa quando decidi usar fórmula. Porque quinda que tivesse leite, essa e uma escolha minha” (R236).

4.3.3. Direito ao acompanhamento

Das sugestões de melhoria relativas à categoria “direito ao acompanhamento”, emerge a subcategoria “presença de acompanhante”. Neste contexto evidenciou-se que a presença continua de uma pessoa significativa é essencial para uma experiência positiva durante a gravidez, parto e pós-parto, com efeitos muito significativos na perceção de segurança e bem-estar da mulher.

“Quanto aos nossos acompanhantes/marido/pai do bebé, senti que eles não são tidos em conta e que devido a todas as situações acabam por não vivenciar a gravidez e até o seu comportamento e relação com a grávida é de distância e desapego” (R10).

“O pai poder estar sempre presente! Isso ajuda o psicológico da grávida, porque o bebé é dos dois de igual forma!” (R52).

“(…) não nos deixar abandonadas em salas de parto sem a presença dos pais...isso afeta muito psicologicamente” (R140).

“Permitir o pai a ir às consultas ou pelo menos às ecografias de cada trimestre (...) e no parto claro, independentemente de ser positivo ou negativo o resultado do teste COVID-19 o pai devia estar sempre presente no parto” (R153).

“A presença do acompanhante nas consultas de rotina, ecografias específicas, trabalho de parto, parto e puerpério é imprescindível para a estruturação de uma arquitetura familiar

saudável. Arquitetura essa fundamental para um início positivo do desenvolvimento de um(a) bebê. Infelizmente, durante a pandemia, assistimos à regressão de anos de evolução na nossa sociedade quanto ao papel ativo do pai no nascimento do seu(sua) filho, com possíveis consequências futuras no relacionamento pai-filho, marido-esposa” (R154).

“Direito a acompanhante nas ecografias, é importante quer para o pai da criança, quer para a grávida que se sente desamparada, caso algo não esteja bem com o bebê e recebe as notícias. Mas também quando tudo corre bem, senti-me triste de privar o pai de assistir em direto às ecografias e poder ouvir e ver a filha pelas imagens ao mesmo tempo que eu. Naqueles momentos únicos. Penso que com segurança, seria possível o pai assistir, caso assim entendessem, claro” (R201).

“Acho inadmissível o pai não poder estar presente numa cesariana que foi marcada e onde o mesmo fez um teste COVID-19 e o resultado foi negativo! Obviamente que se o meu namorado que vive comigo não pode assistir ao parto, os estagiários muito menos” (R204).

4.3.4. Educação pré-natal em grupo

As sugestões de melhoria referentes à categoria “educação pré-natal em grupo” realçam a subcategoria “preparação para o parto e parentalidade”. Neste contexto, evidenciou-se não existir a oferta de intervenções de base comunitária, no SNS, que contribuam para uma vivência positiva da gravidez, parto, puerpério e uma adequada transição para a parentalidade.

“A preparação para o parto tem que regressar e ser gratuita” (R144).

“Deveria haver mais informações sobre a preparação para o parto, neste momento com a pandemia. Isso leva a pensar demasiado e causa ansiedade” (R147).

“Preparação para o parto e pós-parto, preparação para a amamentação” (R170).

“(…) retomar as aulas de preparação para o parto nem que seja com uma lotação reduzida” (R179).

Em resumo, das sugestões de melhoria pode-se aferir que a qualidade de cuidados pré-natais deve abordar um conjunto de características relacionada com a estrutura e com a gestão de cuidados que promovam o acesso a cuidados de saúde de excelência. Salienta-se como prioritário colocar o foco de atenção na prestação de cuidados respeitosos, personalizados e de suporte que promovam o bem-estar físico e psicológico, centrados na mulher e focados na família, com respeito pelos direitos humanos.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O capítulo “Discussão dos resultados” visa uma interpretação geral dos achados, reflexão e comparação com outras evidências salientando a sua relevância para a gestão de cuidados pré-natais em contexto de pandemia COVID-19. Por fim, resumem-se as principais implicações para futuras investigações.

5. Discussão

O modelo de cuidados pré-natais, centrado na pessoa, impõe a avaliação da percepção da qualidade e segurança da pessoa cuidada e da sua satisfação. Esta análise constitui-se como uma oportunidade para melhorar a vigilância da gravidez, adaptada às reais necessidades e expectativas dos seus intervenientes, sem nunca descurar o atual contexto pandémico, nem as recomendações da OMS (2016) para uma experiência positiva da gravidez.

A maioria das participantes pertence ao grupo etário dos 30 aos 35 anos (43,2%), apenas 27,6% tem idade entre os 18 e 29 anos. Quanto ao “*número de partos*”, a mediana foi de 1 parto, o que evidencia as alterações nos padrões de fecundidade, em que as mulheres engravidam cada vez mais tarde e têm cada vez menos filhos. Em consonância, o inquérito à fecundidade, relativo a 2019, revelou que a larga maioria das pessoas dos 18 aos 29 anos não tinham filhos (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

A percepção da qualidade dos cuidados pré-natais apresentou um *score* médio de 3,84 num total de 5. Em consonância com os achados de Gens et al. (2021a, 2021b), cujo nível da percepção da qualidade apresentou com *score* médio de 3,88.

Na análise das diferentes dimensões, a percepção da qualidade foi inferior na dimensão “*orientação futura*”, especialmente nas questões “*B27: eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis*” ($2,65 \pm 1,21$) e “*foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez*” ($2,65 \pm 1,23$). Em consonância, no estudo de Rodrigues (2017), realizado antes da pandemia COVID-19, numa instituição do SNS, os itens com pior pontuação foram os mesmos, embora com melhores *scores* médios (3,22 e 3,17, respetivamente). Em contexto de pandemia, estes dados ganham especial importância, devido ao isolamento, imposto pelas medidas de confinamento, distanciamento físico, diminuição de acesso e interação com redes de suportes sociais. Atualmente, as grávidas vivem, ainda mais, momentos de grande incerteza, ansiedade, solidão e depressão, cuja promoção da saúde mental não pode, em momento algum, ser descurada. O estudo realizado por Kotlar et al. (2021) sobre o impacto da pandemia COVID-19 na saúde materna e neonatal, evidenciou um aumento severo de relatos sobre questões de saúde mental materna, tais como ansiedade e depressão. Em consonância, a revisão sistemática e meta-análise de Yan et al. (2020), revelou elevadas taxas de prevalência de perturbações mentais entre as mulheres grávidas e no pós-parto, salientando a importância de se aplicarem intervenções oportunas e adequadas para mitigar os problemas mentais durante a pandemia COVID-19.

Perante a hipótese H1, verificou-se uma relação entre o nível de qualidade da vigilância da gravidez e os fatores sociodemográficos. O grupo com “*nível de escolaridade*” correspondente a Pós-graduação/ Mestrado/ Doutorado apresentou maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “*abordagem*” que se relaciona com a facilidade de colocar questões, na perspectiva da relação profissional/utilizador. Estes resultados realçam a pertinência de se investir na literacia em saúde, através do reforço na educação pré-natal, capaz de promover o empoderamento da grávida na sua tomada de decisão.

Face à hipótese H2, confirmou-se uma correlação linear negativa entre o nível de qualidade da vigilância da gravidez e a condição clínica “*primigesta*” e “*primípara ou nulípara*”. Nas dimensões “*orientação futura*”, “*abordagem*” e “*apoio e respeito*”, o nível de qualidade percebida foi inferior tanto na mulher grávida pela primeira vez como da mãe de primeira viagem, comparativamente à “*multigesta*” e “*multípara*”. Contudo, no estudo realizado por Gens et al. (2021a, 2021b), nas mulheres grávidas pela primeira vez, a qualidade percebida foi inferior nas dimensões. “*partilha de informação*”, “*abordagem*” e “*apoio e respeito*” e nas mães pela primeira vez, foi inferior em todas as dimensões da escala QPCQ.

A vigilância da gravidez realizada no serviço privado conduziu a maiores níveis de qualidade percebida comparativamente à vigilância no serviço público, em quase todas as dimensões da escala QPCQ, exceto na dimensão “*orientação futura*”.

Perante a hipótese H3, no que se refere à “*acessibilidade*”, quer a dificuldade em realizar exames e/ou consultas de vigilância da gravidez, quer a existência de barreiras de acesso, estavam associadas a níveis inferiores de qualidade percebida nos cuidados pré-natais, em todas as dimensões da escala QPCQ. Neste contexto, importa realçar que 45,9% das grávidas teve, em algum momento, dificuldade em realizar exames, 32,4% enfrentou algum tipo de barreira e 48,0% não teve contacto com profissionais de saúde, através de outra via para além das consultas presenciais. Em consonância, a monitorização do impacto da pandemia COVID-19, no sistema de saúde, durante o período de março a junho de 2020, evidencia uma diminuição acentuada de atividade programada e não programada na rede e estabelecimentos do SNS. Os pedidos de informação e reclamações, apresentadas pelos utentes, realçam a existência de constrangimentos no acesso a cuidados de saúde durante a gravidez, no que diz respeito à realização de MCDT, considerados essenciais à vigilância da gravidez (ERS, 2020a). O modelo *OB Nest* proposto por Mooij et al. (2018), apresenta-se como solução para melhorar o acesso das grávidas com maiores necessidades de cuidados, fortalecendo as relações e ligações entre as grávidas e os profissionais de saúde, uma vez que envolve teleconsultas, *email* e monitorização remota, o que reduz a dependência de visitas presenciais. Por sua vez, a redução de contactos presenciais diminui o risco de infeção COVID-19.

No que concerne à “*segurança*”, quer a existência de informação e regras a seguir para minimizar o risco de infeção COVID-19, quer a presença de profissionais de saúde em número suficiente para garantir uma assistência adequada, conduzem a maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ. De igual modo, a reorganização adequada das divisões/gabinetes e espaços comuns, revelou uma associação com maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala. Por sua vez, a utilização adequada de EPI pelos profissionais de saúde associou-se a um maior nível de qualidade percebida em quase todas as dimensões, com exceção da dimensão “*disponibilidade*”. No

entanto, os resultados impõem a necessidade urgente de se implementarem medidas corretivas que garantam uma adequada reorganização dos espaços físicos e do uso de EPI por todos os profissionais de saúde, por serem consideradas fundamentais no combate à pandemia.

No que diz respeito à “*assistência*” em contexto de pandemia COVID-19, a percepção da existência de alguma limitação da qualidade de cuidados recebidos, conduz a menores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ.

Ao nível da “*comunicação*”, a capacidade dos profissionais de saúde em utilizar métodos de comunicação adequados, para reduzir o nível de *stress*, relacionado com os procedimentos exigidos pela pandemia COVID-19, associou-se a maiores níveis de qualidade percebida, em todas as dimensões da escala. Em consonância com os resultados do estudo realizado por Gens et al. (2021a; 2021b). Assim, a telessaúde apresenta-se como uma solução inovadora e sustentável, pela aproximação do cidadão à saúde, respondendo às desigualdades geográficas e temporais, melhoria do acesso aos cuidados de saúde e garantia de continuidade no acompanhamento com articulação entre os diferentes níveis de cuidados (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde & Centro Nacional de Telessaúde, 2019). Neste contexto, o modelo *OB Nest* promove o acesso a respostas de tranquilidade convenientes, promove a percepção de apoio contínuo pela equipa de saúde, atenuando a ansiedade característica da experiência de gravidez (Mooij, et al., 2018).

Quanto ao direito a “*acompanhante*”, a permissão para a sua presença nas consultas, durante a vigilância da gravidez, evidenciou uma associação com maiores níveis de qualidade percebida, apenas na dimensão da escala QPCQ “*partilha de informação*”. No entanto, no estudo realizado por Gens et al. (2021a; 2021b), a presença de acompanhante associou-se a um maior nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ. De igual modo, estudos pré-COVID-19 já evidenciavam que ter um acompanhante de confiança, durante todo o trabalho de parto, tem um efeito significativo na percepção de segurança e bem-estar da mulher. Não poder ter o seu parceiro ou pessoa de apoio, ou ter de escolher entre eles, foi considerado um ponto de grande preocupação durante a gravidez e nascimento (DeYoung & Mangum, 2021). Segundo a ERS (2020a), os pedidos de informação e reclamações apresentadas pelos utentes do sistema de saúde, durante o período de março a junho de 2020, referem-se à garantia do direito ao acompanhamento preconizado, em todas as fases de gestação. De acordo com a Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, nos serviços de saúde do SNS é reconhecido e garantido o direito a acompanhante, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço.

Relativamente à “*educação pré-natal*”, verificou-se um efeito estatisticamente significativo entre a frequência de sessões de preparação para o parto e parentalidade, com maiores níveis de qualidade percebida nas dimensões “*partilha de informação*”, “*orientação futura*” e “*disponibilidade de tempo*”. Neste contexto, importa realçar que apenas 38,1% referiu ter frequentado essas sessões. Estes dados podem ser reflexo da suspensão da atividade programada não urgente do SNS, a 16 de março de 2020, e da sua retoma, de forma não uniforme, no seguimento do Despacho n.º 5314/2020 de 5 de julho, que determina uma retoma da atividade assistencial não COVID-19 gradual, dinâmica e que assegure o cumprimento rigoroso das normas de segurança e orientações da DGS, em termos de segurança para utentes e profissionais de saúde. Este determina, ainda, que enquanto a

situação epidemiológica o justificar, a realização da atividade assistencial ocorre com recurso a meios não presenciais, utilizando mecanismos de telessaúde, exceto quando tal não for clinicamente adequado ou tecnicamente possível. Segundo a Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, na vigilância da gravidez, os serviços de saúde devem garantir cuidados pré-natais seguros, apropriados e o acesso a cursos de preparação para o parto e parentalidade, em particular ao nível dos cuidados de saúde primários.

Por fim, na hipótese H4, verificou-se que as mulheres mais satisfeitas também revelaram maiores níveis de qualidade nos cuidados recebidos durante a gravidez. A avaliação da satisfação da mulher grávida torna-se fundamental para atingir níveis excelência na vigilância da gravidez. De acordo com a Lei n. 110/2019 de 9 de setembro, a DGS deve disponibilizar um questionário, via eletrónica, para avaliação e monitorização da satisfação da mulher grávida relativamente à vigilância da gravidez e no parto. De igual modo, tem contemplado o dever de proceder à divulgação dos seus resultados e recomendações, anualmente. Contudo, até ao momento, não existe qualquer questionário ou dados disponíveis.

As sugestões de melhoria, com vista à excelência nos cuidados pré-natais, evidenciam questões relacionadas com as infraestruturas e organização, atitudes e práticas profissionais, direito ao acompanhante e educação em grupo.

No âmbito das “infraestruturas e organização” foi sugerida a melhoria das infraestruturas e equipamentos, maior eficiência nos processos, melhoria do acesso a consultas e exames, e telessaúde em saúde materna e obstétrica. Em contexto de pandemia, os resultados da investigação evidenciam que a implementação da telessaúde poderá ser uma solução para assegurar a prestação segura e eficaz de cuidados obstétricos. De igual modo, segundo Fryer et al. (2020) o planeamento, a documentação de políticas, os processos e a avaliação continua, também facilitam a implementação, melhoria e sustentabilidade dos programas de telessaúde, no pós-COVID-19, podendo melhorar o acesso e utilização dos cuidados pré-natais em todos os setores. A longo prazo, o objetivo da teleconsulta obstétrica assenta na minimização das barreiras de acesso aos cuidados pré-natais, relacionadas com as dificuldades de transporte e a redução dos longos tempos de espera nas consultas presenciais.

Quanto às “atitudes e práticas profissionais”, as sugestões de melhoria incluem cuidados pré-natais de excelência, respeito pelos direitos humanos e cuidados centrados na pessoa. Neste contexto, exige-se um atendimento técnico, com profissionais de saúde capacitados, treinados e competentes, mas também um atendimento humanizado, com atenção individualizada e apoio emocional e psicológico. Vários estudos internacionais apontam para a necessidade de se redefinirem modelos de cuidados de saúde materna e obstétrica mais flexíveis e adequados às exigências impostas pela pandemia COVID-19. Tal como referem Peahl et al. (2020), o modelo de cuidados pré-natais, centrado na pessoa, que disponha de cuidados essenciais, presenciais e teleconsultas ou videoconferências, conjugados com serviços flexíveis, de orientação antecipatória e apoio psicossocial, permite adaptar o tipo de apoio prestado às necessidades identificadas.

Relativamente ao “direito ao acompanhamento”, foi realçada a importância da presença de uma pessoa significativa para uma experiência positiva na gravidez, parto e pós-parto. Com a pandemia COVID-19, o “direito ao acompanhamento”, consagrado na Lei portuguesa, pela Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro, foi sonogado. Em várias instituições de saúde, os

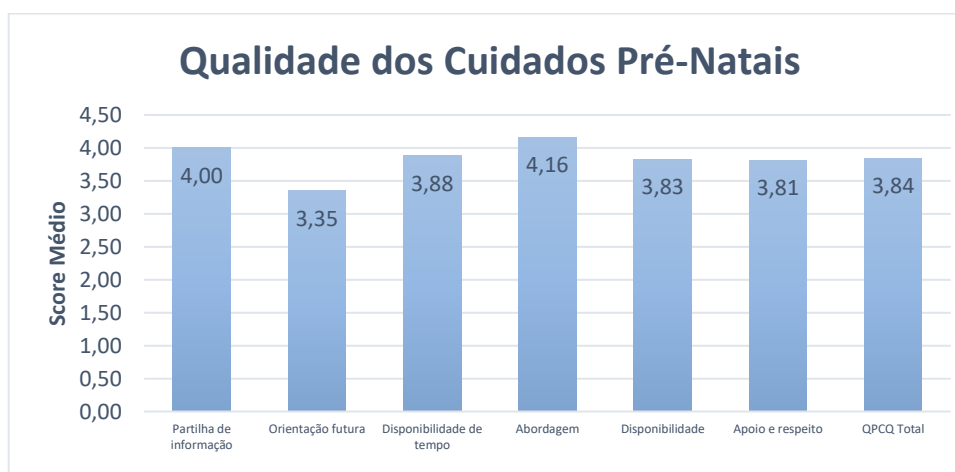
acompanhantes deixaram de ser autorizados nas consultas, exames de vigilância da gravidez, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Perante esta situação, a Resolução da Assembleia da República n.º 78/2021 de 18 de março recomenda ao Governo a intervenção junto das instituições do SNS, de modo que sejam garantidas as condições necessárias ao cumprimento do direito a acompanhamento em todas as fases da gravidez, durante as consultas, os exames, o parto e pós-parto.

Por último, no âmbito da “educação pré-natal em grupo”, foi reforçada a pertinência dos programas de preparação para o parto e parentalidade, sugerido o seu reinício em segurança, com lotação reduzida e de forma gratuita. As restrições impostas pela pandemia COVID-19 levou ao cancelamento das intervenções de educação pré-natal em grupo, tais como os programas de preparação para o parto e promoção da adaptação à parentalidade. Várias organizações sentiram a necessidade de redesenhar os programas existentes para modelos online ou mistos, com recurso a plataformas digitais, tendo em consideração quais as sessões que podiam ser realizadas à distância e as que necessitam ser realizadas presencialmente.

5.1. Conclusões finais

Os resultados do presente estudo, orientado pelos objetivos delineados, permitiram determinar o nível de qualidade percebida nos cuidados pré-natais e avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados pré-natais, prestados no atual contexto de pandemia COVID-19. A perceção global da qualidade dos cuidados pré-natais apresentou um *score* médio de 3,84, num total de 5. Na análise das diferentes dimensões, em média, a perceção da qualidade foi inferior na dimensão “*orientação futura*” e superior na dimensão “*abordagem*”, tal como consta no Gráfico 15 em que estão apresentados os níveis de qualidade dos cuidados pré-natais. Por sua vez, o “*nível de satisfação*” apresentou um *score* médio de 3,79, num máximo de 5. Os resultados evidenciam uma relação estatisticamente significativa entre os maiores “*níveis de satisfação*” e maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ.

Gráfico 15 - Nível de qualidade dos cuidados pré-natais



Os fatores sociodemográficos e clínicos exercem influência sobre a percepção da qualidade dos cuidados pré-natais, de acordo com o que consta na Tabela 9 em que estão representadas as principais conclusões sobre a influência dos fatores sociodemográficos e clínicos na percepção da qualidade dos cuidados pré-natais. As mulheres com “idade” superior a 35 anos apresentam maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “abordagem” e “disponibilidade”. Por sua vez, as mulheres com maior nível de literacia apresentam maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “abordagem”. A mulher grávida ou mãe pela primeira vez “primigesta” ou “primípara ou nulípara” apresenta menores níveis de qualidade percebida nas dimensões: “orientação futura”, “abordagem” e “apoio e respeito”, face à condição clínica de “multigesta” ou “multípara”. A vigilância da gravidez realizada no serviço público evidenciou estar associada a níveis inferiores de qualidade, em quase todas as dimensões da escala QPCQ, exceto na dimensão “orientação futura”.

Tabela 9 – Principais conclusões sobre a influência dos fatores sociodemográficos e clínicos na percepção da qualidade dos cuidados pré-natais

INFLUÊNCIA DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS NA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS	
FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	RESULTADOS
Idade	<p>A idade > 35 anos relacionam-se com maiores níveis de qualidade percebida nas dimensões: “abordagem” e “disponibilidade”, comparativamente à idade < 30 anos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior facilidade de colocar questões, na perspetiva da relação profissional/utilizador; • Maior facilidade de contacto com o prestador de cuidados e capacidade de respostas a questões, preocupações ou necessidades da grávida.
Nível de escolaridade	<p>Os níveis escolaridade superiores relacionam-se com maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “abordagem”, comparativamente ao nível de escolaridade até ao 9ºano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior facilidade de colocar questões, na perspetiva da relação profissional/utilizador.
Número de gestações e de partos	<p>A condição de “primigesta”, “primípara ou nulípara” relaciona-se com menores níveis de qualidade percebida nas dimensões: “orientação futura”, “abordagem” e “apoio e respeito”, comparativamente à condição de “multigesta” e “multípara”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor satisfação com a forma como é transmitida, às mulheres, a informação necessária à tomada de decisão sobre os cuidados pré-natais e a sua experiência de parto; • Menor facilidade de colocar questões, na perspetiva da relação profissional/utilizador; • Menor satisfação com a forma de respeitar e apoiar a grávida.
Serviço público e/ou privado	<p>A instituição pública relaciona-se com menores níveis de qualidade percebida nas dimensões: “partilha de informação”, “disponibilidade de tempo”, “abordagem”, “disponibilidade” e “apoio e respeito”, comparativamente à instituição privada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores níveis de satisfação com o modo como os prestadores de cuidados respondem a solicitações, mantêm confidencialidade da informação e esclarecem sobre necessidades de testes e os seus resultados; • Menor satisfação com o tempo que os prestadores de cuidados dispõe para responder às questões das grávidas e a duração da consulta; • Menor facilidade de colocar questões, na perspetiva da relação profissional/utilizador; • Menor facilidade de contacto com o prestador de cuidados e capacidade de respostas a questões, preocupações ou necessidades da grávida; • Menor satisfação com a forma de respeitar e apoiar a grávida.

A situação de pandemia COVID-19 torna mais exigente e complexa toda a envolvente de prestação de cuidados de saúde, criando a necessidade de redefinir estratégias organizacionais para oferecer novas respostas às necessidades das pessoas. O acesso e a segurança têm um grande impacto no nível de qualidade percebida relativamente aos cuidados de saúde durante a vigilância da gravidez, exigindo a necessidade de uma gestão eficaz das condições de acessibilidade e segurança que fomente cuidados pré-natais de excelência, tal com consta a Tabela 10 em que estão representadas as principais conclusões sobre a importância do acesso e segurança na perceção da qualidade dos cuidados pré-natais.

Tabela 10 – Principais conclusões sobre a importância do acesso e segurança na perceção da qualidade dos cuidados pré-natais

IMPORTÂNCIA DO ACESSO E SEGURANÇA NA PERCEÇÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS		
DIMENSÕES	FATORES IDENTIFICADOS	NÍVEL DE QUALIDADE PERCEBIDA
ACESSIBILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em realizar exames e/ou consultas - Existência de barreiras para aceder à unidade de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ.
SEGURANÇA	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de informação e regras a seguir para reduzir, o máximo possível, o risco de infeção por COVID-19 - Perceção de uma reorganização adequada de espaços - Perceção de que a presença de profissionais de saúde era em número suficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ.
	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção da utilização adequada de EPI pelos profissionais de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores níveis de qualidade percebida em quase todas as dimensões da escala QPCQ (exceto na dimensão “disponibilidade”)
ASSISTÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção da limitação na qualidade dos cuidados recebidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Menores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ.
COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de outra via de contacto com os profissionais de saúde, além da consulta presencial 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “disponibilidade”.
	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção de que os profissionais de saúde utilizam métodos de comunicação adequados 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores níveis de qualidade percebida em todas as dimensões da escala QPCQ.
ACOMPANHANTE	<ul style="list-style-type: none"> Permissão de acompanhante nas consultas 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores níveis de qualidade percebida na dimensão “partilha de informação”.
EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL	<ul style="list-style-type: none"> - Frequência em sessões de preparação para o parto e parentalidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiores níveis de qualidade percebida nas dimensões: “partilha de informação”, “orientação futura”, “disponibilidade de tempo” e “disponibilidade”.

A nível global, a tentativa de quebrar rapidamente a cadeia de infeção impôs mudanças radicais na prática diária dos serviços de saúde. Contudo, a resposta à crise sanitária instalada tem sido equilibrada com medidas de proteção e promoção dos direitos dos grupos mais vulneráveis, como as grávidas e recém-nascidos.

Face ao exposto, torna-se importante dar continuidade a este trabalho com a criação de um modelo inovador de cuidados pré-natais, centrado na pessoa, que englobe a prestação de cuidados essenciais presenciais e à distância, mas também serviços flexíveis e individualizados de orientação antecipatória e de apoio psicossocial que permitam responder às necessidades identificadas e promovam o empoderamento, autonomia e tomada de decisão da grávida/casal. Neste contexto, seria relevante abranger uma maior amostra de grávidas a nível nacional e comparar os achados com estudos internacionais.

Referências

- Despacho n.º 5314/2020 de 5 de julho. (2020). Diário da República n.º 89/2020 – II Série. Gabinete da Ministra da Saúde. Obtido de <https://dre.pt/home/-/dre/133226622/details/maximized>
- DeYoung, S. E., & Mangum, M. (2021). Pregnancy, birthing, and postpartum experiences during COVID-19 in the United States. *Frontiers in Sociology* 6. doi:<https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.611212>
- DGS. (2015). Programa nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco. Direção-Geral da Saúde. Obtido de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- DGS. (2020a). *Estratégia Nacional para a qualidade na saúde 2015-2020*. Obtido de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- DGS. (2020b). *COVID-19*. Obtido de <https://covid19.min-saude.pt>
- DGS. (2020c). Orientação n.º 018/2020 de 30 de março atualizada a 09/10/2020. *COVID-19: gravidez e parto*.
- ERS. (2020a). Informação de monitorização sobre o impacto da pandemia COVID-19 no sistema de saúde – período de março a junho de 2020. Obtido de <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- ERS. (2020b). *Perguntas frequentes sobre gravidez e parto em contexto de epidemia SARS-CoV-2 e de infeção epidemiológica por COVID-19*. Obtido de <https://www.ers.pt/media/3355/faqs-gravidez-e-parto-em-contexto-de-epidemia-atualizacao.pdf>
- Ferreira, D. (2020). *Papel da telessaúde em tempos de pandemia COVID-19: para grandes males, grandes remédios. Artigo de opinião*. doi:<https://revista.spmi.pt> – DOI: 10.24950/rspmi/ COVID19/D. Ferreira/
- Fryer, K., Delgado, A., Foti, T., Reid, C. N., & Marshall, J. (2020). Implementation of Obstetric Telehealth During COVID-19 and Beyond. *Maternal and Child Health Journal* 24, 1104–1110. doi:<https://doi.org/10.1007/s10995-020-02967-7>
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2020). *PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa*. Obtido de Mortalidade materna neonatal e infantil: <https://www.pordata.pt/Pesquisa/mortalidade%20materna%20neonatal%20e%20infantil>
- Gens, F., Ferreira, Q., & Vivas, C. (2021a). Assistência pré-natal durante a pandemia COVID-19: qualidade e satisfação dos cuidados de saúde. *Póster científico. Nascer positivo – IV Encontro Internacional de Novos Paradigmas no nascimento*. Obtido de <https://www.nascerpositivo.pt/wp-content/uploads/2021/05/15-Poster-Nascer-Positivo-scaled.jpg>

- Gens, F., Ferreira, Q., & Vivas, C. (2021b). Assistência pré-natal durante a pandemia COVID-19: qualidade e satisfação dos cuidados de saúde. *Poster in the CIEQV's I International Congress*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2020). Destaque - informação à comunicação social. *Inquérito à fecundidade - 2019*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=415656734&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Jakubowski, D., Sys, D., Kajdy, A., Lewandowska, R., Kwiatkowska, E., Cymbaluk-Płoska, A., . . . Kwiatkowski, S. (2021). Application of telehealth I prenatal care during the COVID-19 pandemic – a cross-sectional survey of Polish women. *Journal of Clinical Medicine*, *10*, 2570. doi:<https://doi.org/10.3390/jcm10122570>
- Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health* *18*:10. doi:<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
- Labrusse, C., Ramelet, A.-S., Humphrey, T., & Maclennan, S. J. (2015). Patient-centered care in maternity services. A critical appraisal and synthesis of literature. *Womens Health Issues*, *26*(1), 100-109. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2015.09.003>
- Lei n.º 110/2019 de 9 de setembro. (2019). Diário da República n.º 172/2019 – I Série. Assembleia da República. 94 - 101. Obtido de <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17200/0009400101.pdf>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics (5ª ed.)*. Pero Pinheiro, Portugal: ReportNumber.
- MOAI consulting. (2021). *Impacto da Pandemia COVID-19 na prestação de cuidados de saúde em Portugal. Saúde em dia - não mascare a sua saúde*. Obtido de https://www.saudeemdia.pt/dl/202007_ApresentacaoSaudeemDia_v2.pdf
- Mooij, M. J., Hodny, R. L., O'Neil, D. A., Gardner, M. R., Beaver, M., Brown, A. T., . . . Harms, R. W. (2018). OB Nest: Reimagining Low-Risk Prenatal Care. *Mayo Clin Proceedings*, *93*(4), 458-466. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.01.022>
- OMS. (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=531B7078D5A3D46D73E1B9D9696A4DA6?sequence=2>
- Orfão, A. (2016). Determinação do risco materno-fetal. Em M. Néne, R. Marques, & M. A. & Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 108-116). Lidel.
- Peahl, A. F., Smith, R. D., & Moniz, M. H. (2020). Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care. *American journal of obstetrics and gynecology*, *223*(3), 389.e1-389.e10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.029>
- Resolução da Assembleia da República n.º 7814/2021 de 18 de março. (2021). Diário da República n.º 54/2021 – I Série. Assembleia da República. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/78/2021/03/18/p/dre>
- Rodrigues, S. (2017). *Cuidados pré-natais a centralidade na grávida*. [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/82114>

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists & Royal College of Midwives. (2020). Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy: information for healthcare professionals, version 12. Obtido de <https://www.rcm.org.uk/media/4383/2020-10-14-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v12.pdf>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde & Centro Nacional de Telesaúde. (2019). Plano estratégico Nacional para a telessaúde 2019-2022. Obtido de https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_português.pdf
- Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C., Oladapo, O., Gülmezoglu, A., Bahl, R., . . . & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, *122* (8), 1045-1049. doi:<https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: o processo de construção do conhecimento (3ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Yan, H., Ding, Y., & Guo, W. (2020). Mental health of pregnant and postpartum women during the coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology* *11*. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>

ANEXOS

ANEXO I – Inquérito para Colheita de Dados



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO SOBRE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA GRAVIDEZ

INFORMAÇÃO

Este inquérito é sobre os cuidados de saúde que recebeu, durante a gravidez, pelo médico, enfermeira especialista em saúde materna, ou outro profissional de saúde. Pode ter sido assistida por mais de um profissional de saúde, mas ao responder às questões, pense nos cuidados de saúde que recebeu no geral. Para uma avaliação fidedigna solicitamos o seu preenchimento na totalidade, de forma atenta e sincera.

TODOS OS DADOS REGISTADOS SÃO ANÓNIMOS E CONFIDENCIAIS.

Número de Processo: _____

A. INFORMAÇÃO RELATIVA À SITUAÇÃO CLÍNICA

1. **Quantas vezes esteve grávida?** (incluindo esta gravidez) _____ (vezes)
2. **Quantos partos teve?** (incluindo este parto, se já tiver ocorrido) _____ (vezes)
3. **Se ainda está grávida, quantas semanas de gravidez tem?** _____ semanas e _____ dias)
4. **Onde foi vigiada a sua gravidez?** (Assinale com um X a opção apropriada)
 - () Instituição pública
 - () Instituição privada
 - () Ambas
5. **Esta gravidez foi considerada de risco?**
 - () Não
 - () Sim
 - Se sim, qual o motivo? _____

B. CUIDADOS DE SAÚDE PRÉ-NATAIS

6. Leia cuidadosamente cada afirmação e identifique até que ponto concorda ou discorda.

Assinala com um X a opção que mais se adequa à sua experiência.

	Discordo muito	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo muito
1. Estive com os meus prestadores de cuidados pré-natais todo o tempo que precisei	1	2	3	4	5
2. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me opções para a minha experiência de parto	1	2	3	4	5

3. Foi-me dada informação adequada sobre exames e procedimentos pré-natais	1	2	3	4	5
4. Foi-me dada informação suficiente para responder às minhas necessidades sobre aleitamento	1	2	3	4	5
5. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram-me	1	2	3	4	5
6. Foram sempre dadas respostas sinceras às minhas perguntas	1	2	3	4	5
7. Os meus prestadores de cuidados pré-natais respeitaram os meus conhecimentos e a minha experiência	1	2	3	4	5
8. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram sempre com pressa	1	2	3	4	5
9. Eu soube como entrar em contacto com os meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
10. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prepararam-me para a minha experiência de parto	1	2	3	4	5
11. Todos os que tiveram envolvidos nos meus cuidados pré-natais receberam as informações importantes sobre mim	1	2	3	4	5
12. Alguém do consultório/ serviço dos meus prestadores de cuidados pré-natais me devolveu sempre as chamadas	1	2	3	4	5
13. Os meus prestadores de cuidados pré-natais dedicaram tempo a falar comigo sobre as minhas expectativas em relação ao trabalho de parto e parto	1	2	3	4	5
14. As minhas decisões foram respeitadas pelos prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
15. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram bruscos comigo	1	2	3	4	5
16. Fui suficientemente informada sobre a segurança do exercício moderado durante a gravidez	1	2	3	4	5
17. Fui adequadamente estudada para detetar potenciais problemas com a minha gravidez	1	2	3	4	5
18. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram sempre tempo para responder às minhas perguntas	1	2	3	4	5
19. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram pacientes	1	2	3	4	5
20. Recebi informação adequada sobre a minha alimentação durante a gravidez	1	2	3	4	5
21. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram-me quando e fazia o que achava certo para mim	1	2	3	4	5
22. Os resultados dos exames foram-me explicados de forma que eu percebesse	1	2	3	4	5

23. As minhas consultas de cuidados pré-natais foram feitas a correr	1	2	3	4	5
24. Os meus prestadores de cuidados pré-natais interessaram-se sobre como a gravidez estava a afetar a minha vida	1	2	3	4	5
25. Os meus prestadores de cuidados pré-natais foram apoiaram-me	1	2	3	4	5
26. Os meus prestadores de cuidados pré-natais prestaram muita atenção quando eu falava	1	2	3	4	5
27. eu estive inserida em programas da comunidade que me foram úteis	1	2	3	4	5
28. Os meus prestadores de cuidados pré-natais fizeram-me sentir que eu os estava a fazer perder tempo	1	2	3	4	5
29. As minhas preocupações foram levadas a sério	1	2	3	4	5
30. Os meus prestadores de cuidados pré-natais arranjam tempo para eu falar	1	2	3	4	5
31. Recebi informação adequada sobre consumo de álcool durante a gravidez	1	2	3	4	5
32. Os meus prestadores de cuidados pré-natais estiveram disponíveis quando eu tinha dúvidas ou preocupações	1	2	3	4	5
33. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram respostas diretas às minhas perguntas	1	2	3	4	5
34. Eu controlei as decisões sobre os meus cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
35. Consegui sempre contactar alguém no consultório/maternidade se precisasse de alguma coisa	1	2	3	4	5
36. Os meus prestadores de cuidados pré-natais apoiaram as minhas decisões	1	2	3	4	5
37. Eu senti-me à vontade com os meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
38. Eu consegui contactar telefonicamente os meus prestadores de cuidados pré-natais quando necessário	1	2	3	4	5
39. Os meus prestadores de cuidados pré-natais deram-me a informação devida para eu tomar decisões por mim mesma	1	2	3	4	5
40. Tive receio de fazer perguntas aos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
41. Os meus valores e as minhas convicções foram respeitadas pelos meus prestadores de cuidados pré-natais	1	2	3	4	5
42. Foi-me dada informação adequada sobre depressão na gravidez	1	2	3	4	5

43. Os meus prestadores de cuidados pré-natais mantiveram a informação a meu respeito confidencial	1	2	3	4	5
44. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para me ouvir	1	2	3	4	5
45. Compreendi perfeitamente a razão porque os meus prestadores de cuidados pré-natais me mandaram fazer análises ao sangue e outros exames	1	2	3	4	5
46. Os meus prestadores de cuidados pré-natais tiveram tempo para fazer perguntas sobre coisas importantes para mim	1	2	3	4	5

C. FACE À ATUAL PANDEMIA POR COVID-19

7. Devido à pandemia por COVID-19, teve dificuldade em realizar exames e/ou consultas de vigilância durante a gravidez?

- Sim, sempre ou quase sempre
- Às vezes
- Não, nunca ou quase nunca

8. Enfrentou algum tipo de barreira para aceder à unidade de saúde onde foi assistida durante a gravidez? Por exemplo de natureza logística, financeira devido ao confinamento/ restrições de acesso, falta de cuidadores para as crianças em casa, etc.

- Sim, sempre ou quase sempre
- Às vezes
- Não, nunca ou quase nunca

9. Durante a assistência na gravidez, para além das consultas presenciais, teve contacto com profissionais de saúde através de outra via?

- Não, só consultas presenciais
 - Sim
 - Se sim, qual a modalidade?
 - Telefone
 - E-mail
 - Teleconsulta
 - Visita domiciliária
 - Outra.
- Qual? _____

10. Nas consultas presenciais existia informação e regras a seguir para reduzir o máximo possível o risco de infeção por COVID-19?

- Sim, sempre ou quase sempre
- Às vezes
- Não, nunca ou quase nunca

11. Considera que as divisões/gabinetes e os espaços comuns estavam adequadamente reorganizados para reduzir o máximo possível o risco de infeção por COVID-19?

- Sim, sempre ou quase sempre
- Às vezes
- Não, nunca ou quase nunca

12. No momento da consulta presencial, os profissionais de saúde estavam sempre equipados com equipamento de proteção individual adequado (máscaras, luvas) e utilizavam-nos corretamente.?

- Sim, sempre ou quase sempre

- () Às vezes
- () Não, nunca ou quase nunca

13. Os profissionais de saúde estavam sempre presentes e em número suficiente para garantir uma assistência adequada?

- () Sim, sempre ou quase sempre
- () Às vezes
- () Não, nunca ou quase nunca

14. Considera que os profissionais de saúde foram capazes de utilizar métodos de comunicação adequados para reduzir ao máximo o stress relacionado com os novos procedimentos exigidos pela pandemia COVID-19?

- () Sim, sempre ou quase sempre
- () Às vezes
- () Não, nunca ou quase nunca

15. Na sua experiência, sentiu alguma limitação na qualidade de cuidados de saúde recebidos devido à pandemia COVID-19?

- () Sim, sempre ou quase sempre
- () Às vezes
- () Não, nunca ou quase nunca

16. Durante a pandemia COVID-19 foi-lhe permitido a presença de um acompanhante nas consultas?

- () Sim, sempre ou quase sempre
- () Às vezes
- () Não, nunca ou quase nunca

17. Durante a pandemia COVID-19 frequentou sessões de preparação para o parto e parentalidade?

- () Não
- () Sim
 - Se sim, qual a modalidade?
 - () Presencial
 - () Online
 - () Outra. Qual? _____

18. Tem alguma sugestão para melhorar os cuidados pré-natal prestados durante a pandemia COVID-19?

D- INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

19. Qual é a sua idade? _____ (anos)

20. Qual é o seu estado civil?

- () Casada
- () União de facto
- () Solteira
- () Viúva
- () Divorciada

- () Separada

21. Qual é o grau de ensino que completou?

- () Nenhum
- () 1º ciclo do ensino básico (4º ano)
- () 2º ciclo do ensino básico (6º ano)
- () 3º ciclo do ensino básico (9º ano)
- () Ensino secundário (12º ano)
- () Grau universitário (bacharelato/licenciatura)
- () Pós-graduado/Mestrado/Doutoramento ou superior

ANEXO II – Consentimento Informado



FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

TÍTULO: Avaliação da qualidade da assistência na gravidez em contexto de pandemia por COVID-19

PROMOTOR: Instituto Politécnico de Santarém

INVESTIGADOR ORIENTADOR: Doutora Carla Vivas

INVESTIGADOR COORIENTADOR: Doutora Quirina Ferreira

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Felisbela Maria Penas Gens, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CONTACTOS DO INVESTIGADOR PRINCIPAL: E-mail: belagens@gmail.com; telefone: 927355435

PERÍODO DE CONSERVAÇÃO: Os dados recolhidos serão apenas mantidos até que os objetivos do estudo sejam alcançados, garantindo a sua posteriormente destruição.

PEDIDO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O TRATAMENTO DE DADOS

Exma. Senhora,

É convidada a participar voluntariamente neste estudo porque está ou esteve grávida durante a atual pandemia COVID-19. No caso de se encontra grávida, a sua idade gestacional é igual ou superior a 36 semanas.

A participação nesta investigação envolve o preenchimento de um inquérito online de forma voluntária e anónima. Antes de assinar o consentimento, terá o tempo adequado para refletir e colocar as questões que achar necessárias, para esclarece eventuais dúvidas. A sua participação poderá contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados de assistência da gravidez em contexto de pandemia COVID-19.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. O participante terá o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem necessidade de justificar e sem sofrer qualquer penalização.

1. Objetivos do estudo

Este estudo tem os seguintes objetivos:

- ❖ Determinar o nível de qualidade dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez no atual contexto de pandemia COVID-19;
- ❖ Avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde materna prestados no atual contexto de pandemia COVID-19

2. Procedimentos e tratamento de dados

A recolha de informação é realizada através de questionário de autopreenchimento, via online.

Os dados serão reportados e divulgados de forma confidencial e anónima, através de informação estatística e publicações de natureza científica, garantindo a proteção de dados e identidade dos participantes.

3. Participação/ abandono voluntário

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Se decidir participar, considera-se que leu e compreendeu o formulário de consentimento, declara ter idade igual ou superior a 18 anos e expressa a sua vontade de participar voluntariamente no estudo. Em qualquer altura pode retirar o seu consentimento, sem precisar de explicar os motivos, sem penalidade ou perda de benefícios para si e para o seu bebé. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

4. Novas informações:

Ser-lhe-á dado o conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

5. Investigador principal

Para qualquer dúvida, questão ou solicitação sobre a investigação, por favor entre em contacto com:
Felisbela Maria Penas Gens, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
E-mail: belagens@gmail.com

ANEXO III – Pedido de Autorização ao Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar do Oeste

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de Dissertação de Mestrado

Eu, Felisbela Maria Penas Gens, Enfermeira Especialista deste Centro Hospitalar, a desempenhar funções no serviço de obstetrícia na unidade de Caldas da Rainha e mestranda do III curso de Gestão de Unidades de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, pretendo desenvolver um estudo, sob orientação da Professora Doutora Carla Vivas e da Professora Doutora Quirina Ferreira, docentes do Instituto Politécnico de Santarém, cujo tema é: “Avaliação da qualidade da assistência na gravidez em contexto de pandemia por COVID-19”.

A presente investigação científica tem como objetivos: determinar o nível de qualidade dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez; e avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde materna prestados no atual contexto de pandemia por COVID-19.

Face ao exposto, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de informação necessária para a realização do referido estudo. Esta recolha, com início no mês de dezembro, consiste na realização de inquéritos, através da aplicação do questionário em anexo, às mulheres seguidas na consulta de bem-estar materno-fetal desta instituição. Importa referir que esta investigação não acresce custos à instituição.

O estudo supracitado tem apenas finalidades académicas. Na sua realização será salvaguardado a proteção dos direitos e liberdades das mulheres que estejam dispostas a colaborar nesta investigação. De igual modo, os investigadores comprometem-se e garantem:

1. Serem verdadeiras todas as informações contidas no presente protocolo de investigação;

2. Assumir a liderança científica dos trabalhos e a responsabilidade associada ao desenvolvimento e implementação do mesmo;
3. Os dados recolhidos no estudo serão objeto da devida confidencialidade e serão tratados pela autora do estudo;
4. Os dados recolhidos no estudo serão usados para o fim a que o mesmo se destina;
5. Os resultados do estudo serão publicados na dissertação de mestrado, artigos científicos ou comunicações orais que daí possam advir.

Posteriormente, se assim vos parecer conveniente, serão divulgados os resultados do estudo na instituição, em local e data a designar oportunamente.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível via e-mail: belagens@gmail.com ou via telefone: 927355435.

Certa de um parecer favorável ao meu pedido, desde já agradeço a atenção dispensada.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

Caldas da Rainha, 16 de novembro de 2020.

A Mestranda



(Felispela Gens).

As Orientadoras



(Prof. Doutora Carla Vivas)

(Prof. Doutora Quirina Ferreira)

Assinado por : **Quirina Alexandra Tavares Ferreira**
Num. de Identificação: B111534344
Data: 2020.11.16 21:54:26+00'00'





INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
MESTRADO EM GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Exma. Senhora Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Oeste Doutora Elsa Baião

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito de Dissertação de Mestrado (Adenda)

Eu, Felisbela Maria Penas Gens, Enfermeira Especialista deste Centro Hospitalar, a desempenhar funções no serviço de obstetrícia na unidade de Caldas da Rainha e mestranda do III curso de Gestão de Unidades de Saúde, do Instituto Politécnico de Santarém, pretendo desenvolver um estudo, sob orientação da Professora Doutora Carla Vivas e da Professora Doutora Quirina Ferreira, docentes do Instituto Politécnico de Santarém, cujo tema é: “Avaliação da qualidade da assistência na gravidez em contexto de pandemia por COVID-19”.

A presente investigação científica tem como objetivos: determinar o nível de qualidade dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez; e avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde materna prestados no atual contexto de pandemia por COVID-19.

Face ao exposto, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a autorização para efetuar a recolha de informação necessária para a realização do referido estudo. A investigação tem como alvo uma população de grávidas com idade igual ou superior a 36 semanas ou puérperas, seguidas na consulta de bem-estar materno-fetal do CHOeste, ou que escolheram esta instituição para a sua experiência de parto, cuja vigilância da gravidez ocorreu, em contexto de pandemia COVID-19. A recolha de informação, com início no mês de fevereiro de 2021, consiste na realização de inquéritos via *online*, difundidos pelo investigador principal através de redes sociais, cujo *link* engloba o questionário e o consentimento informado, em anexo. Importa referir que esta investigação não acresce custos à instituição.

O estudo supracitado tem apenas finalidades académicas. Na sua realização será salvaguardado a proteção dos direitos e liberdades das mulheres que estejam dispostas a colaborar nesta investigação. De igual modo, os investigadores comprometem-se e garantem:

1. Serem verdadeiras todas as informações contidas no presente protocolo de investigação;
2. Assumir a liderança científica dos trabalhos e a responsabilidade associada ao desenvolvimento e implementação do mesmo;
3. Os dados recolhidos no estudo serão objeto da devida confidencialidade e serão tratados pela autora do estudo;
4. Os dados recolhidos no estudo serão usados para o fim a que o mesmo se destina;
5. Os resultados do estudo serão publicados na dissertação de mestrado, artigos científicos ou comunicações orais que daí possam advir.

Posteriormente, se assim vos parecer conveniente, serão divulgados os resultados do estudo na instituição, em local e data a designar oportunamente.

Para qualquer esclarecimento, estarei disponível via e-mail: belagens@gmail.com ou via telefone: 927355435.

Certa de um parecer favorável ao meu pedido, desde já agradeço a atenção dispensada.

Pede deferimento.

Com os melhores cumprimentos.

Caldas da Rainha, 16 de novembro de 2020.

A Investigadora principal

(Felisbela Gens)

ANEXO IV – Parecer do Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar do Oeste

APRECIACÃO DO PEDIDO DE INTRODUÇÃO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO NO CENTRO HOSPITALAR DO OESTE:

“AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA NA GRAVIDEZ EM CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19”

Componente técnico-científico

Estado descritivo e transversal.

Avalia a experiência das grávidas na prestação de cuidados pelo CHO durante a pandemia COVID-19.

Registo obtido a partir de questionário preenchido por docentes do CHO.

Investigadora principal: Enf.ª Felisbela Gens, do serviço de Obstetria de Caldas da Rainha. Estudo inserido num programa de Mestrado e orientado pelas Prof.ªs Doutoras Carla Vivas e Quirina Ferreira do Instituto Politécnico de Santarém.

Desenho de estudo adequado mas com pormenores por esclarecer, nomeadamente relativos à selecção da população e aplicação dos questionários.

Equipa científica adequada.

Componente ético-legal

Segue as normas de boas práticas em investigação e actuação em saúde.

Desconheço conflitos de interesse do CHOeste ou seus profissionais nesta data.

As dúvidas metodológicas não acarretam prejuízo para os participantes.

Impacto na comunidade

Aborda uma questão de saúde sem estudos prévios na comunidade e de maior relevância a nível local e eventualmente nacional

Impacto para o CHOeste

Importância significativa e utilidade eventual para a melhoria da prestação de cuidados a uma população particularmente fragilizada no contexto actual.

Encargos financeiros

Sem custos previstos para o CHOeste.

Conclusão

Recomenda-se autorização para introdução do estudo no CHO.

Deve ter parecer pela Comissão de ética do CHO.

Podendo a autorização ser emitida desde já, a investigadora principal deve posteriormente entregar uma agenda informando:

- quem aplica o questionário, quando e como;
- a quem é aplicado: grávidas, puérperas ou ambas?
- método de obtenção de consentimento informado.

Desafio a investigadora e orientadoras a alargar o estudo por forma a avaliar também o papel que o pai da criança, cônjuge, companheiro, etc. teve no processo e como as restrições da pandemia influenciaram esse mesmo acompanhamento.

Torres Vedras, 29/01/2021

Araújo Martins

Director do Centro de Investigação em Saúde do CHOeste

**Parecer da Comissão de Ética Para a Saúde
Centro Hospitalar do Oeste**

Denominação do Estudo: “Avaliação da qualidade da assistência na gravidez em contexto de pandemia por COVID 19”.

Âmbito: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, cujo tema é “Avaliação da qualidade da assistência na gravidez em contexto de pandemia por COVID 19”.

Objetivo do estudo: O estudo pretende determinar o nível de qualidade dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez; e avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde materna prestados no atual contexto de pandemia por COVID 19.

Equipa de Investigação:

Mestranda: Felisbela Maria Penas Gens, Enfermeira Especialista deste Centro Hospitalar, a desempenhar funções no serviço de obstetria na Unidade de Caldas da Rainha.

Orientadoras: Professora Doutora Carla Vivas e Professora Doutora Quirina Ferreira, Professoras do Instituto Politécnico de Santarém, orientadoras de dissertação de mestrado em Gestão de Unidades de Saúde.

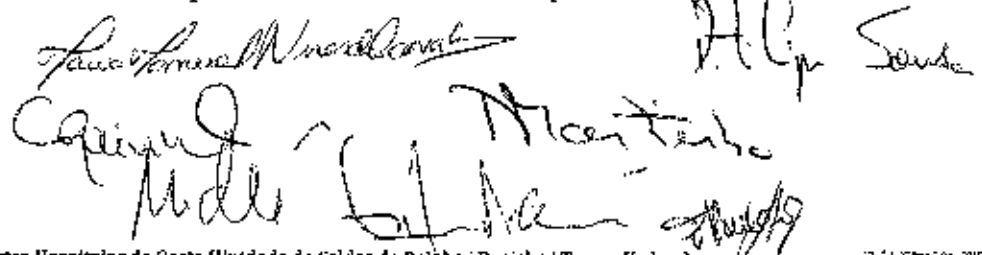
Recolha de dados: O estudo será feito através da recolha de dados obtidos pela aplicação de um questionário realizado para o efeito, às mulheres seguidas na consulta de bem-estar materno-fetal do CHO. Os dados serão objeto da devida confidencialidade, apenas usados para o estudo a que se destina.

Após análise da documentação remetida à presente Comissão e, atendendo à garantia de confidencialidade dos dados recolhidos, a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Oeste, concorda com a autorização para a recolha de dados no estudo supracitado. Sugere-se que, no final da presente investigação, seja remetido ao Exmo. Conselho de Administração do CHO um resumo dos resultados obtidos e a divulgação dos mesmos na Instituição.

À consideração do Exmo. Conselho de Administração

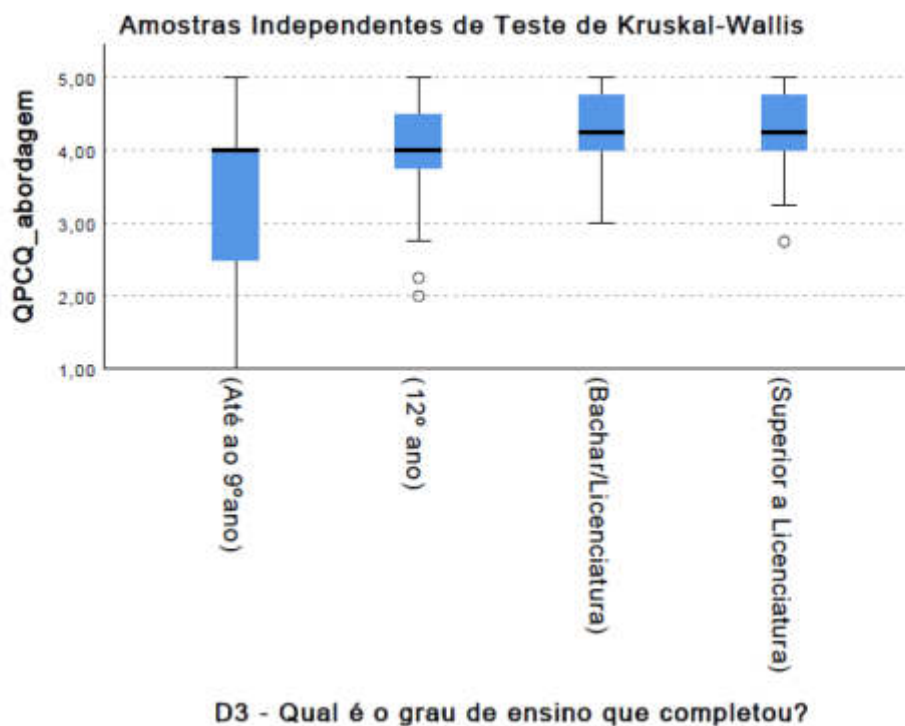
Torres Vedras, 30 de novembro de 2020

A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar do Oeste



ANEXO V – Teste de *Kruskal-Wallis* (Correção de *Bonferroni*)

Figura 1 – Comparação da dimensão “*abordagem*” da escala QPCQ consoante o nível de escolaridade.



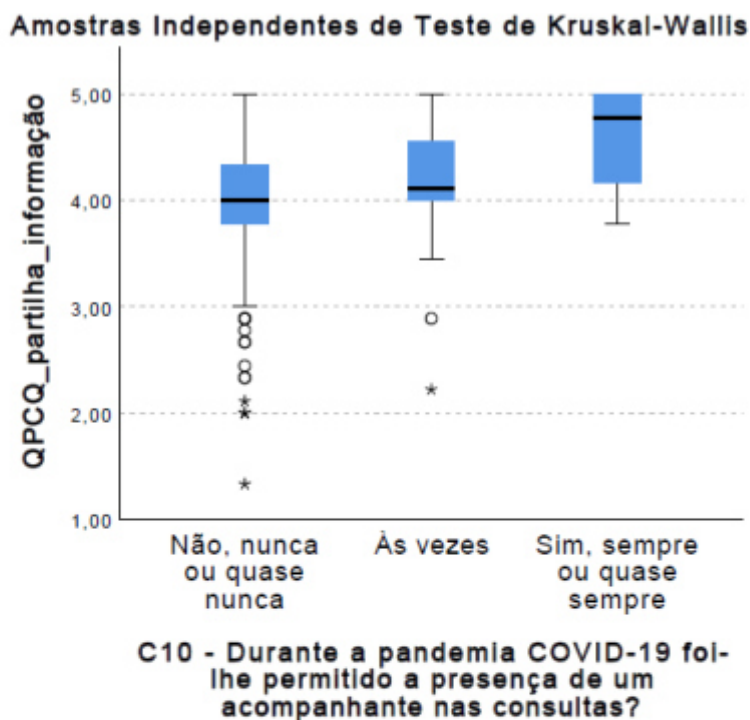
Comparações por Método Pairwise de D3_Nível_escolaridade

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
(Até ao 9ºano)-(12º ano)	-34,654	20,278	-1,709	,087	,525
(Até ao 9ºano)-(Bachar/Licenciatura)	-55,223	20,120	-2,745	,006	,036
(Até ao 9ºano)-(Superior a Licenciatura)	-62,776	20,278	-3,096	,002	,012
(12º ano)-(Bachar/Licenciatura)	-20,569	11,156	-1,844	,065	,391
(12º ano)-(Superior a Licenciatura)	-28,122	11,438	-2,459	,014	,084
(Bachar/Licenciatura)-(Superior a Licenciatura)	-7,553	11,156	-,677	,498	1,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 2 – Comparação da dimensão “partilha de informação” da escala QPCQ consoante a presença de acompanhante.



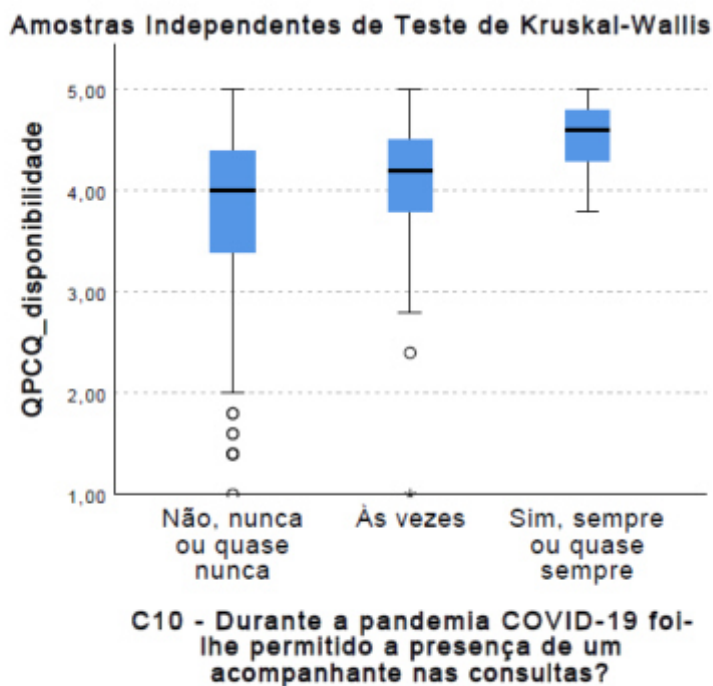
Comparações por Método Pairwise de C10_Acompanhante_permissão

Sample 1-Sample 2	Estadística do teste	Erro Padrão	Estadística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Não, nunca ou quase nunca-Às vezes	-25,154	15,425	-1,631	,103	,309
Não, nunca ou quase nunca-Sim, sempre ou quase sempre	-67,449	27,000	-2,498	,012	,037
Às vezes-Sim, sempre ou quase sempre	-42,295	30,344	-1,394	,163	,490

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 3 – Comparação da dimensão “disponibilidade” da escala QPCQ consoante a presença de acompanhante.



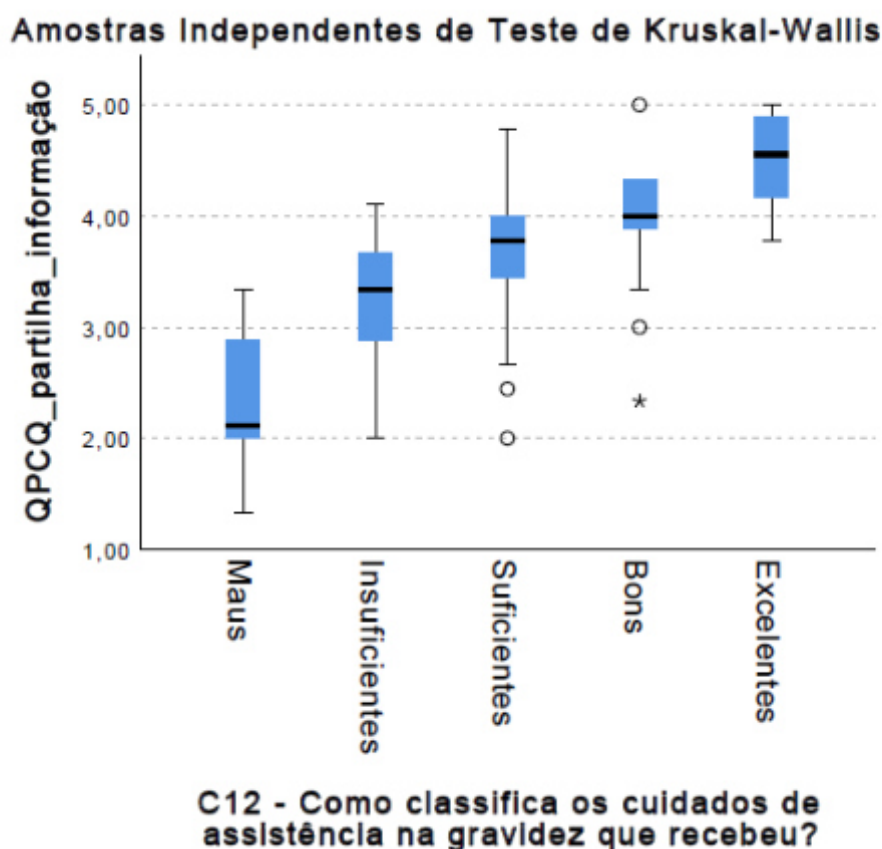
Comparações por Método Pairwise de C10_Acompanhante_permissão

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Não, nunca ou quase nunca-Às vezes	-18,175	15,388	-1,181	,238	,713
Não, nunca ou quase nunca-Sim, sempre ou quase sempre	-63,830	26,936	-2,370	,018	,053
Às vezes-Sim, sempre ou quase sempre	-45,655	30,272	-1,508	,132	,395

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 4 – Comparação da dimensão “partilha de informação” da escala QPCQ consoante o nível de satisfação.



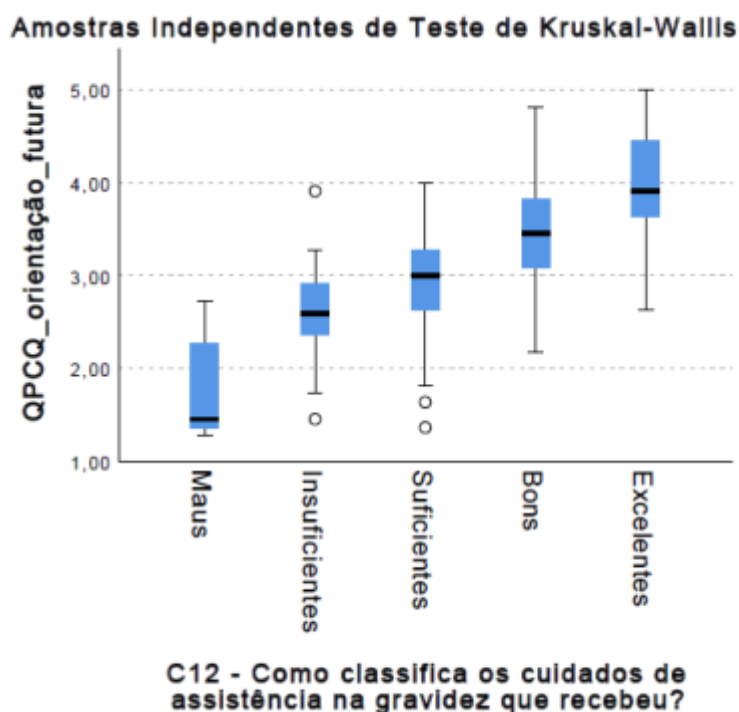
Comparações por Método Pairwise de C12_Nível_satisfação

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Maus-Insuficientes	-30,800	34,050	-,905	,366	1,000
Maus-Suficientes	-64,833	32,870	-1,972	,049	,486
Maus-Bons	-119,206	31,910	-3,736	,000	,002
Maus-Excelentes	-174,325	32,457	-5,371	,000	,000
Insuficientes-Suficientes	-34,033	17,177	-1,981	,048	,476
Insuficientes-Bons	-88,406	15,260	-5,793	,000	,000
Insuficientes-Excelentes	-143,525	16,372	-8,767	,000	,000
Suficientes-Bons	-54,372	12,406	-4,383	,000	,000
Suficientes-Excelentes	-109,492	13,751	-7,963	,000	,000
Bons-Excelentes	-55,119	11,265	-4,893	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 5 – Comparação da dimensão “orientação futura” da escala QPCQ consoante o nível de satisfação.



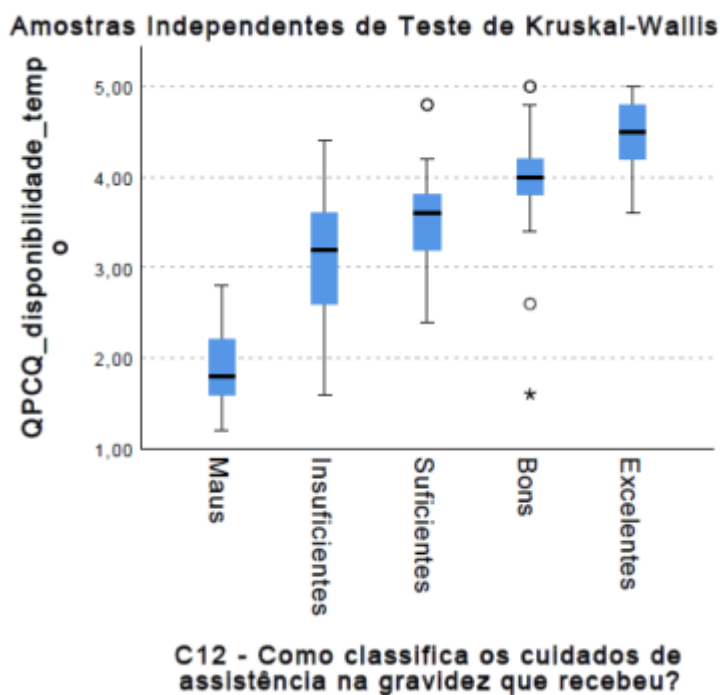
Comparações por Método Pairwise de C12_Nível_satisfação

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Maus-Insuficientes	-31,531	34,155	-,923	,356	1,000
Maus-Suficientes	-61,000	32,972	-1,850	,064	,643
Maus-Bons	-113,182	32,009	-3,536	,000	,004
Maus-Excelentes	-165,342	32,557	-5,079	,000	,000
Insuficientes-Suficientes	-29,469	17,230	-1,710	,087	,872
Insuficientes-Bons	-81,651	15,307	-5,334	,000	,000
Insuficientes-Excelentes	-133,811	16,422	-8,148	,000	,000
Suficientes-Bons	-52,182	12,445	-4,193	,000	,000
Suficientes-Excelentes	-104,342	13,793	-7,565	,000	,000
Bons-Excelentes	-52,160	11,300	-4,616	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 6 – Comparação da dimensão “disponibilidade” da escala QPCQ consoante o nível de satisfação.



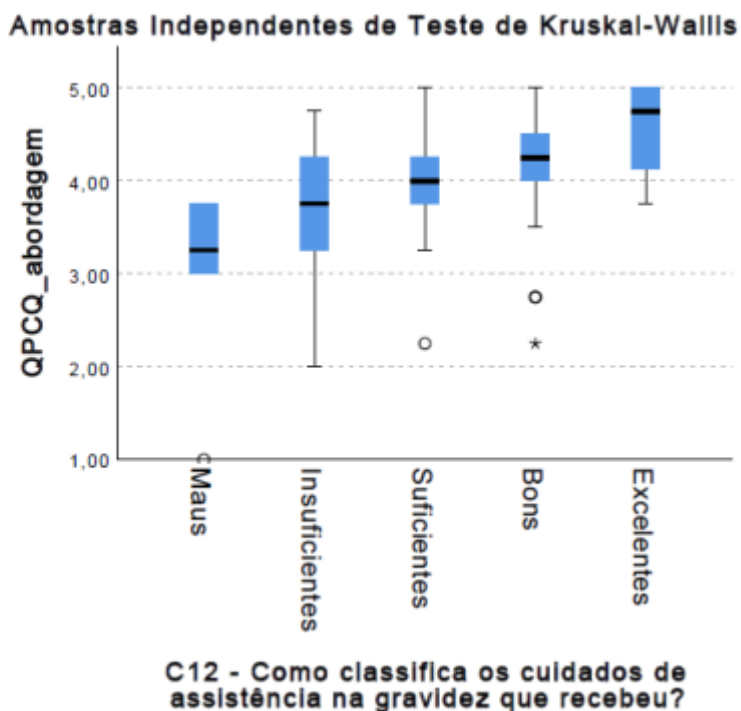
Comparações por Método Pairwise de C12_Nível_satisfação

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Maus-Insuficientes	-42,685	33,874	-1,260	,208	1,000
Maus-Suficientes	-68,689	32,701	-2,101	,036	,357
Maus-Bons	-117,276	31,746	-3,694	,000	,002
Maus-Excelentes	-179,775	32,289	-5,568	,000	,000
Insuficientes-Suficientes	-26,004	17,088	-1,522	,128	1,000
Insuficientes-Bons	-74,592	15,181	-4,913	,000	,000
Insuficientes-Excelentes	-137,090	16,287	-8,417	,000	,000
Suficientes-Bons	-48,588	12,342	-3,937	,000	,001
Suficientes-Excelentes	-111,086	13,680	-8,121	,000	,000
Bons-Excelentes	-62,499	11,207	-5,577	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 7 – Comparação da dimensão “abordagem” da escala QPCQ consoante o nível de satisfação.



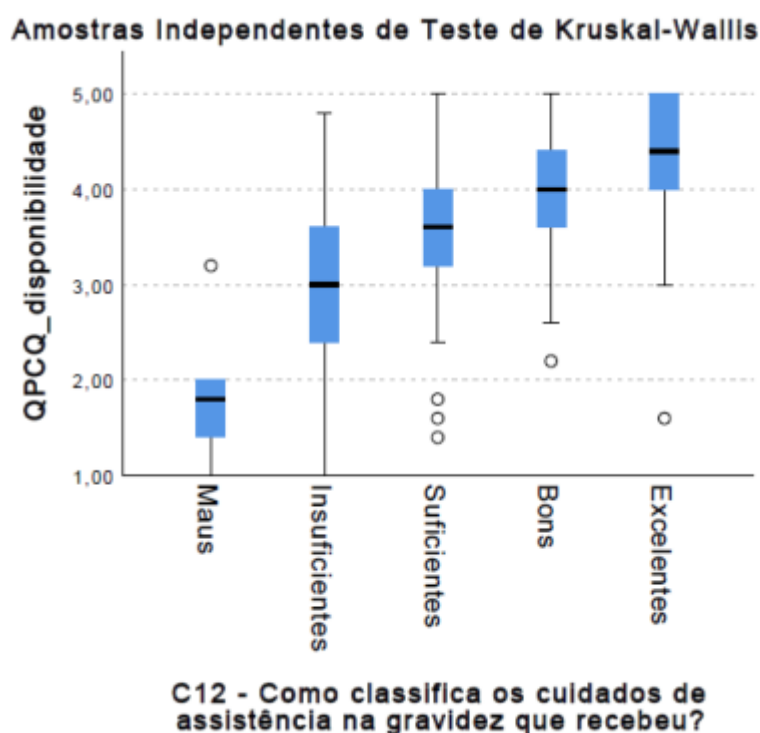
Comparações por Método Pairwise de C12_Nível_satisfação

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Maus-Insuficientes	-46,542	33,693	-1,381	,167	1,000
Maus-Suficientes	-69,478	32,525	-2,136	,033	,327
Maus-Bons	-98,378	31,576	-3,116	,002	,018
Maus-Excelentes	-143,542	32,116	-4,469	,000	,000
Insuficientes-Suficientes	-22,935	16,997	-1,349	,177	1,000
Insuficientes-Bons	-51,836	15,100	-3,433	,001	,006
Insuficientes-Excelentes	-96,999	16,200	-5,988	,000	,000
Suficientes-Bons	-28,901	12,276	-2,354	,019	,186
Suficientes-Excelentes	-74,064	13,606	-5,443	,000	,000
Bons-Excelentes	-45,163	11,147	-4,052	,000	,001

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 8 – Comparação da dimensão “disponibilidade” da escala QPCQ consoante o nível de satisfação.



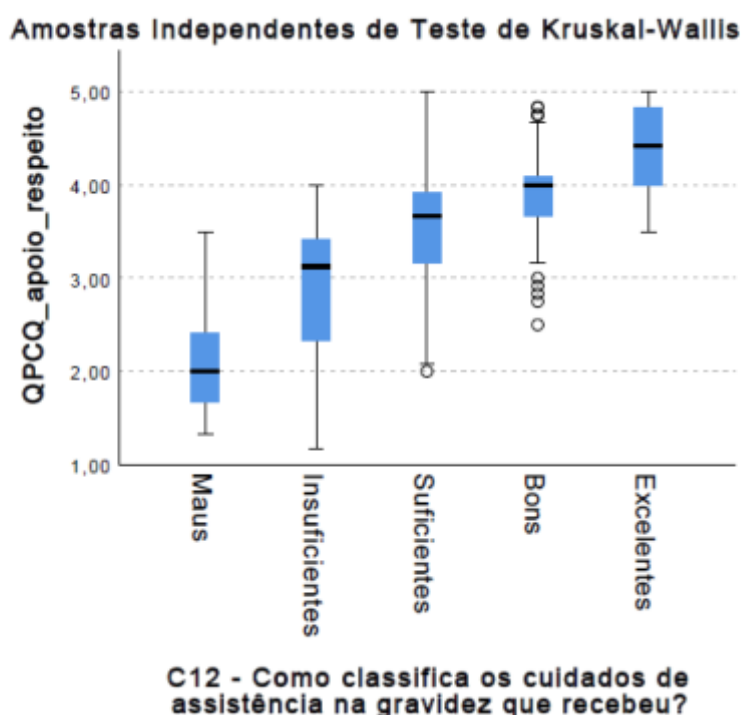
Comparações por Método Pairwise de C12_Nível_satisfação

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Maus-Insuficientes	-43,119	33,963	-1,270	,204	1,000
Maus-Suficientes	-66,267	32,786	-2,021	,043	,433
Maus-Bons	-113,708	31,829	-3,573	,000	,004
Maus-Excelentes	-158,667	32,374	-4,901	,000	,000
Insuficientes-Suficientes	-23,147	17,133	-1,351	,177	1,000
Insuficientes-Bons	-70,589	15,221	-4,638	,000	,000
Insuficientes-Excelentes	-115,547	16,330	-7,076	,000	,000
Suficientes-Bons	-47,442	12,374	-3,834	,000	,001
Suficientes-Excelentes	-92,400	13,715	-6,737	,000	,000
Bons-Excelentes	-44,958	11,236	-4,001	,000	,001

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

Figura 9 – Comparação da dimensão “apoio e respeito” da escala QPCQ consoante o nível de satisfação.



Comparações por Método Pairwise de C12_Nível_satisfação

Sample 1-Sample 2	Estatística do teste	Erro Padrão	Estatística do teste Padrão	Sig.	Adj. Sig. ^a
Maus-Insuficientes	-27,431	34,081	-,805	,421	1,000
Maus-Suficientes	-63,700	32,900	-1,936	,053	,528
Maus-Bons	-109,464	31,939	-3,427	,001	,006
Maus-Excelentes	-167,225	32,486	-5,148	,000	,000
Insuficientes-Suficientes	-36,269	17,192	-2,110	,035	,349
Insuficientes-Bons	-82,033	15,274	-5,371	,000	,000
Insuficientes-Excelentes	-139,794	16,387	-8,531	,000	,000
Suficientes-Bons	-45,764	12,417	-3,685	,000	,002
Suficientes-Excelentes	-103,525	13,763	-7,522	,000	,000
Bons-Excelentes	-57,761	11,275	-5,123	,000	,000

Cada linha testa a hipótese nula em que as distribuições Amostra 1 e Amostra 2 são iguais. As significâncias assintóticas (teste de dois lados) são exibidas. O nível de significância é ,05.

a. Os valores de significância foram ajustados pela correção Bonferroni para vários testes.

ANEXO VI – Sugestões de Melhoria dos Cuidados de Assistência na Gravidez

Quadro I – Relatos enquadrados na categoria - Infraestruturas e organização

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	RELATOS
INFRAESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO	Infraestruturas e equipamentos	<p><i>“... o SNS deveria ter atenção e contratar mais profissionais para as diferentes unidades. (...) deveriam dar melhores condições aos nossos profissionais, principalmente os nossos enfermeiros são muito desvalorizados. (...) avançar com melhorias dos edifícios, tais como Maternidade (...) ao ter melhores condições ... os seus profissionais, poderão dar melhor atenção e prestar um melhor serviço de apoio ao utente” (R47).</i></p> <p><i>“... mais controlo na higiene das casas de banho das utentes e reduzir o barulho” (R241).</i></p>
	Eficiência nos processos	<p><i>“... deviam ter organizado os serviços com o menor contacto possível com outras pessoas. Muitas vezes tivemos de nos deslocar às instalações para simplesmente ir buscar um documento de baixa ou receita médica, quando isto poderia ser realizado por e-mail” (R56).</i></p> <p><i>“Acelerar o processo inicial de acompanhamento à gravidez nos centros de saúde” (R17).</i></p> <p><i>“(...) quando sabem que estamos infetadas passam a nos deixar ao abandono em casa à espera de orientações que nunca chegam por iniciativa deles” (140).</i></p> <p><i>“Fazer o teste COVID-19 rápido que dure menos de 1 hora” (R229).</i></p>

	<p>Acesso a consultas e exames</p>	<p><i>“Marcação de consultas no tempo certo. Tive apenas duas consultas durante 9 meses de gestação” (R77).</i></p> <p><i>“... no centro de saúde indicaram que não tinham vaga para mim” (R115).</i></p> <p><i>“... aumentar a capacidade de realização de ecografias, pois é muito difícil marcar e voltar a haver as consultas de termo nos hospitais públicos” (R144).</i></p> <p><i>“Manter o calendário normal pré-pandemia e não seguir de perto apenas as gravidezes de risco” (R155).</i></p> <p><i>“Centro de saúde específico para gestantes” (R176).</i></p> <p><i>“... O problema relacionou-se sempre com o acesso aos cuidados de saúde primários, impossibilidade permanente de contacto com os serviços de saúde, falta de resposta dos serviços por estarem absolutamente sobrecarregados” (R219).</i></p> <p><i>“(...) a consulta das 38-39 semanas no hospital...foi marcada para as 40+3, já depois de o meu bebé ter nascido às 40+2, o que me deixou sentir um pouco desamparada na fase final da gestação” (R235).</i></p> <p><i>Serviço da linha saúde 24 só está focada no COVID-19 (...) tive de desistir de esperar porque ninguém me atendeu. Fui direita para o hospital sem o apoio necessário” (R40).</i></p> <p><i>“Mais assistência nos centros de saúde” (R147).</i></p> <p><i>“Realização de mais ecografias além das 3 usuais no público” (R243).</i></p>
	<p>Telessaúde em saúde materna e obstétrica</p>	<p><i>“Consultas online” (R109).</i></p> <p><i>“... manter a linha telefónica de urgência obstétrica aberta após a pandemia” (R86).</i></p> <p><i>“(...) disponibilidade via telefónica dos profissionais de saúde” (R242).</i></p>

Quadro II – Relatos enquadrados na categoria – Atitudes e práticas profissionais

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	RELATOS
<p>ATITUDES E PRÁTICAS PROFISSIONAIS</p>	<p>Cuidados pré-natais de excelência</p>	<p><i>“O nosso sistema está a preparar estas mulheres para, depois de semanas de isolamento irem para casa cuidar de um ser humano? Não me pareceu.” (R8).</i></p> <p><i>“(…) que as ecografias fossem feitas com mais cuidado” (R43).</i></p> <p><i>“Mais apoio sobre a questão da amamentação” (R68).</i></p> <p><i>“Os cuidados no parto foram insuficientes” (R92).</i></p> <p><i>“Seguirem o exemplo do CHPVVC, possui o melhor serviço de obstetrícia do país” (R94).</i></p> <p><i>“Apoio psicológico” (R108).</i></p> <p><i>“(…)o parto em si, ... foi um desastre. E este momento – porventura o mais importante -merecia ser estudado” (R124).</i></p> <p><i>“Os cuidados que tive foram numa clínica privada... em nada têm a ver com os cuidados no hospital público que pecam em tudo” (R126).</i></p> <p><i>“Maior auxílio às mães de cesariana” (R134).</i></p> <p><i>“(…) melhor preparação/ acompanhamento das enfermeiras no recobro (nomeadamente face à amamentação)” (R170).</i></p> <p><i>“(…) no hospital não tive uma boa assistência no pós-parto. Pedia ajuda para tratar da minha bebé porque estava cheia de dores e respondiam mal (...) no dia a seguir ao meu parto, onde nem 24 horas tinham passado, um enfermeiro apertou-me tanto a barriga (tive cesariana) ao ponto de me deixar a chorar e sem respirar! No dia da minha alta não deixaram o meu namorado entrar, tive de fazer esforços a carregar as malas, a arrumar as malas, a preparar a bebé e as coisas dela, a vestir-me e calçar-me sozinha! Não recomendo a ninguém...e obviamente vou apresentar queixa! (R204).</i></p>

		<p><i>“Continuar a boa assistência, atenção e cuidado que têm com as grávidas, mães e recém-nascidos” (R238).</i></p>
	<p>Direitos humanos</p>	<p><i>“...não há sensibilidade ou respeito perante grávidas internadas. Exemplo: profissionais que não se apresentam (...); informam as grávidas dos procedimentos a seguir sem qualquer explicação, contextualização ou troca de ideias. As grávidas são pessoas e devem ser tratadas como tal. Pensam e, têm uma opinião e direito a que lhes expliquem todos os procedimentos e cuidados inerentes ao seu estado.” (R5).</i></p> <p><i>“...devido ao COVID-19 a assistência não era suficiente (...) faltou aquela proximidade a que estamos habituados (R10).</i></p> <p><i>“. A Enf. Parteira (...) não era de todo nada simpática e acabou por me deixar bastante nervosa. De resto, que pessoas espetaculares que me ajudaram durante os 15 dias que estive internada com o meu filho” (R22).</i></p> <p><i>“Ter atenção e devidamente cuidado e dedicação com a grávida” (R38).</i></p> <p><i>“Existir mais humanismo nos obstetras que acompanham a gravidez que é um momento único na vida de uma mulher” (R38).</i></p> <p><i>“Ouvir mais as gestantes, sem pressas nem julgamentos” (R44).</i></p> <p><i>“Haver mais sensibilidade pela grávida, principalmente de primeira viagem” (R57).</i></p> <p><i>“As pessoas que atendem as grávidas serem um pouco mais meigas” (R69).</i></p> <p><i>“Terem atenção a certos profissionais de saúde nos hospitais que em vez de tranquilizar uma grávida de 1 viagem ainda a stressa mais e a rebaixa, sem a grávida saber do que estão a falar porque gritam primeiro e fazem perguntas depois” (R100).</i></p> <p><i>“...mais humanização” (R109).</i></p> <p><i>“Serem mais humanos com as pessoas” (R137).</i></p> <p><i>“Mais humanidade da parte médica” (R140).</i></p>

		<i>“Mais escuta ativa para facilitar a comunicação” (R230).</i>
	Cuidados centrados na pessoa	<p><i>“... verem a grávida como uma pessoa única (...) e não mais uma grávida como tantas outras” (R11).</i></p> <p><i>“Estarem mais disponíveis para ouvirem, não fazerem consultas tão básicas” (R13).</i></p> <p><i>“O parto é da mulher, não é da equipa médica. Mudando o foco, tudo o resto muda por arrasto” (R55).</i></p> <p><i>“Mais informação” (R28).</i></p> <p><i>“Respeitar a paciente e procurar informar para que ELA tome as suas decisões. Não tomar as decisões por ela” (R142).</i></p> <p><i>“Maior atenção à grávida durante o trabalho de parto. Senti-me muito sozinha e incompreendida” (R159).</i></p> <p><i>“Principalmente em mães de primeira viagem, penso que deveria haver um cuidado acrescido no acompanhamento, não potenciar o medo e prestar a informação adequada. No internamento deviam dar valor às queixas da mãe, de forma a não colocar os bebés em sofrimento cardíaco e em Risco de vida. Deveria existir um maior contacto no parto e não deixarem as mães sozinhas dentro de uma sala” (R166).</i></p> <p><i>“Mais informações sobre os cuidados, por ex: quantas consultas vai haver e porquê. Mais respeito para as escolhas da mulher, por ex: se não quero epidural, não quero ser questionada sobre isso” (R171).</i></p> <p><i>“Totalmente errada a pressão feita pelas enfermeiras para amamentar, mesmo não tendo leite e vendo o meu bebé cheio de fome. A discriminação à minha pessoa quando decidi usar fórmula. Porque quinda que tivesse leite, essa e uma escolha minha” (R236).</i></p>

Quadro III– Relatos enquadrados na categoria – Direito ao acompanhamento

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	RELATOS
<p>DIREITO AO ACOMPANHAMENTO</p>	<p>Presença de acompanhante</p>	<p><i>“Permissão para que as grávidas possam estar acompanhadas durante todo o trabalho de parto e nas consultas” (R2).</i></p> <p><i>“Permissão acompanhante” (R3).</i></p> <p><i>“O pai deveria poder assistir sempre às 3 ecos” (R9).</i></p> <p><i>“Quanto aos nossos acompanhantes/marido/pai do bebê, senti que eles não são tidos em conta e que devido a todas as situações acabam por não vivenciar a gravidez e até o seu comportamento e relação com a grávida é de distância e desapego”. (R10).</i></p> <p><i>“(…) termos acompanhantes” (R13).</i></p> <p><i>“Possibilidade de ter um acompanhante nas consultas e ecografias” (R24).</i></p> <p><i>“Inclusão de acompanhante em todo o processo desde que cumprindo as normas de segurança” (R27).</i></p> <p><i>“Pai estar presente” (R29).</i></p> <p><i>“Cumprimento da Lei. Presença de acompanhante é fundamental” (R33).</i></p> <p><i>“O pai poder estar sempre presente! Isso ajuda o psicológico da grávida, porque o bebê é dos dois de igual forma! (R52).</i></p> <p><i>“Deveria ser possível o acompanhante ir pelo menos a algumas consultas. O envolvimento do pai torna-se muito reduzido desde a gravidez até ao nascimento” (R56).</i></p> <p><i>“O pai estar mais presente” (R59).</i></p> <p><i>“Tornar possível/seguro o acompanhante em todos os momentos” (R62).</i></p>

	<p><i>“Permitir a presença do acompanhante nas consultas, ecografias e em todas as fases de trabalho de parto” (R63).</i></p> <p><i>“Presença de acompanhante” (R68).</i></p> <p><i>“Deixarem os pais fazerem parte de todo o processo” (R71).</i></p> <p><i>“Permitir a presença de acompanhante nas consultas” (R85).</i></p> <p><i>“Acompanhamento de uma pessoa significativa pelo menos no momento da ecografia, presença de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, visita (mesmo que programada e com tempo limite) do pai/pessoa significativa no puerpério” (R86).</i></p> <p><i>“Maior presença do pai em todos os momentos, principalmente no parto e pós-parto” (R93).</i></p> <p><i>“Permitir um acompanhante durante as consultas e exames” (R96).</i></p> <p><i>“(…) é muito importante para a grávida poder ter um acompanhante consigo e em certas situações seria o ideal para tranquilizar a grávida” (R100).</i></p> <p><i>“Deixarem ter um acompanhante” (R100).</i></p> <p><i>“(…) presença de acompanhante” (R109).</i></p> <p><i>“Permitir a presença de acompanhante enquanto estivermos em situação de pandemia” (R113).</i></p> <p><i>“Deixar, nas ecografias, ter acompanhante” (R118).</i></p> <p><i>“Presença de acompanhante ao longo de toda a gravidez” (R121).</i></p> <p><i>“Envolver mais o parceiro” (R122).</i></p> <p><i>“Presença dopai, que vive a gravidez com a mesma intensidade e interesse que nós e que tem igual interesse em ver e saber do filho” (R124).</i></p> <p><i>“Permitir a presença de acompanhante” (R128).</i></p>
--	---

	<p><i>“Permitir a presença de um acompanhante (pai) durante as consultas, ecografias, trabalho de parto e internamento da maternidade” (R130).</i></p> <p><i>“Acompanhante sempre!! Seja o pai do bebé ou outro que a grávida escolher. Estar acompanhada em consultas, exames e no parto é essencial” (R133).</i></p> <p><i>“Avaliar-se melhor o afastamento do pai” (R136).</i></p> <p><i>“(…) não nos deixar abandonadas em salas de parto sem a presença dos pais...isso afeta muito psicologicamente” (R140).</i></p> <p><i>“(…) o acompanhante tem que poder ir às consultas” (R144).</i></p> <p><i>“A presença de um acompanhante é essencial nesta fase” (R146).</i></p> <p><i>“Permitir o pai a ir às consultas ou pelo menos às ecografias de cada trimestre (...) e no parto claro, independentemente de ser positivo ou negativo o resultado do teste COVID-19, o pai devia estar sempre presente no parto “(R153).</i></p> <p><i>“A presença do acompanhante nas consultas de rotina, ecografias específicas, trabalho de parto, parto e puerpério é imprescindível para a estruturação de uma arquitetura familiar saudável. Arquitetura essa fundamental para um início positivo do desenvolvimento de um(a) bebé. Infelizmente, durante a pandemia, assistimos à regressão de anos de evolução na nossa sociedade quanto ao papel ativo do pai no nascimento do seu(sua) filho, com possíveis consequências futuras no relacionamento pai-filho, marido-esposa” (R154).</i></p> <p><i>“Permitir um acompanhante é muito importante. A falta de acompanhante só nos deixa mais ansiosas” (R158).</i></p> <p><i>“Termos sempre direito a acompanhante” (R161).</i></p> <p><i>“Permitir acompanhante” (R162).</i></p> <p><i>“Acompanhamento nos exames e consultas” (R167).</i></p> <p><i>“Deixar trazer acompanhante nas consultas e ecografias” (R185).</i></p>
--	--

		<p><i>“Direito a acompanhante nas ecografias, é importante quer para o pai da criança, quer para a grávida que se sente desamparada, caso algo não esteja bem com o bebê e recebe as notícias. Mas também quando tudo corre bem, senti-me triste de privar o pai de assistir em direto às ecografias e poder ouvir e ver a filha pelas imagens ao mesmo tempo que eu. Naqueles momentos únicos. Penso que com segurança, seria possível o pai assistir, caso assim entendessem, claro” (R201).</i></p> <p><i>“O pai poder pelo menos assistir às ecografias” (R213).</i></p> <p><i>“Acho inadmissível o pai não poder estar presente numa cesariana que foi marcada e onde o mesmo fez um teste COVID-19 e o resultado foi negativo! Obviamente que se o meu namorado que vive comigo não pode assistir ao parto, os estagiários muito menos” (R204).</i></p> <p><i>“Acompanhamento do pai” (R214).</i></p> <p><i>“Mais acompanhamento do pai em todos os momentos com a grávida” (R216).</i></p> <p><i>“(…) que os pais possam acompanhar nas consultas e exames” (R229).</i></p> <p><i>“Direito a acompanhante” (R242).</i></p>
--	--	---

Quadro IV– Relatos enquadrados na categoria – Educação pré-natal em grupo

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	RELATOS
EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL EM GRUPO	Preparação para o parto e parentalidade	<p><i>“A preparação para o parto tem que regressar e ser gratuita” (R144).</i></p> <p><i>“Deveria haver mais informações sobre a preparação para o parto, neste momento com a pandemia. Isso leva a pensar demasiado e causa ansiedade” (R147).</i></p> <p><i>“Preparação para o parto e pós-parto, preparação para a amamentação” (R170).</i></p> <p><i>“(…) retomar as aulas de preparação para o parto nem que seja com uma lotação reduzida” (R179).</i></p>

ANEXO VII – Poster científico “Assistência pré-natal durante a pandemia COVID-19: Qualidade e satisfação dos cuidados de saúde”

Assistência pré-natal durante a pandemia COVID-19 qualidade e satisfação dos cuidados de saúde

Felisbela Gens,^{1,2} Quirina Ferreira,^{1,3} Carla Vivas¹

¹ Instituto Politécnico de Santarém, Complexo Edifícios, Apartado 201, 2015-906 Santarém, Portugal

² Centro Hospitalar de Oeste, E.P.E., Rua D. João de Meneses, 2000-170 Celoriz de Riba Tejo, Portugal

³ Instituto de Telecomunicações, Instituto Superior Técnico, Av. Rovisco Pais, 1049-001 Lisboa, Portugal

E-mail: felisbela@ipst.pt

Introdução

A situação de pandemia por COVID-19 torna mais exigente e complexa toda a envolvente de prestação de cuidados de saúde, criando a necessidade de redefinir estratégias organizacionais para oferecer novas respostas às necessidades das pessoas. A tentativa de quebrar rapidamente a cadeia de infeção impôs mudanças radicais na prática diária dos serviços de saúde. Contudo, a resposta à crise sanitária instalada tem de ser equilibrada com medidas de proteção e promoção dos direitos dos grupos mais vulneráveis, como as grávidas e recém-nascido.

Objetivos

- Determinar o nível de qualidade dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez;
- Avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde maternal prestados no atual contexto de pandemia COVID-19.

Metodologia

Estudo quantitativo, observacional analítico que incluiu 101 grávidas, com idade gestacional igual ou superior a 26 semanas ou parturais.

Os dados foram recolhidos, em novembro e dezembro de 2020, através de um inquérito que englobou a escala Quality of Prenatal Care Questionnaire, GPCQ, traduzida e validada para a população portuguesa por Rodrigues (2017), e variáveis relativas às condições clínicas, fatores sociodemográficos, acesso e segurança em contexto de pandemia COVID-19, e nível de satisfação com os cuidados de saúde.

A natureza confidencial foi assegurada pela omissão de identificação e os participantes foram voluntários, tendo por base o pedido de consentimento informado.



Resultados

- Foram revelados elevados níveis na perceção da qualidade dos cuidados durante a gravidez (Tabela 1) e um bom nível de satisfação com scores médios de 3,866/5,7, num score máximo de 5.

Tabela 1 - Perceção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais durante a gravidez (GPCQ)

Dimensão	Máximo Possível	Score Médio	Score Mínimo	Score Máximo	Desvio Padrão
Perceção da informação	5	3,98	3,00	4,28	0,22
Atuação do enfermeiro	3	3,26	3,00	3,42	0,16
Disponibilidade de tempo	3	3,08	3,00	3,24	0,14
Atuação do médico	4	3,24	3,00	3,48	0,15
Disponibilidade	4	3,26	3,00	3,34	0,14
Segurança e conforto	3	3,17	3,00	3,24	0,09
GPCQ Total	30	2,97	2,94	3,00	0,03

Nota: Máximo e Mínimo - valores de pontuação máximos e mínimos possíveis; Média - média aritmética; Desvio Padrão - medida de dispersão; GPCQ - Quality of Prenatal Care Questionnaire; Máximo Possível - valor máximo possível de pontuação; Score Médio - média aritmética; Score Mínimo - valor mínimo possível de pontuação; Score Máximo - valor máximo possível de pontuação; Desvio Padrão - medida de dispersão.

- Nas mulheres grávidas pela primeira vez, o nível de qualidade percebida foi inferior nas dimensões: perfilha de informação ($p=0,001$), atuação ($p=0,001$), apoio e conforto ($p=0,008$).
- Nas mães pela primeira vez, o nível de qualidade percebida foi inferior em todas as dimensões da escala GPCQ (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação da Perceção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais e em não pela primeira vez

Dimensão	Primeira vez	%	Valor estatístico	%
Perfilha de informação	Sim	31	41,24	98%
	Não	68	29,37	
Atuação do enfermeiro	Sim	31	39,59	93%
	Não	68	29,37	
Disponibilidade de tempo	Sim	31	39,59	93%
	Não	68	29,37	
Atuação do médico	Sim	31	43,21	98%
	Não	68	29,37	
Disponibilidade	Sim	31	41,24	98%
	Não	68	29,37	
Segurança e conforto	Sim	31	43,21	98%
	Não	68	29,37	

Nota: % - pontuação; Percentagem.

- Evidenciou-se uma correlação positiva entre o nível de satisfação com os cuidados recebidos e o nível de qualidade percebida em todas as dimensões da escala GPCQ (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação da Perceção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais com o nível de satisfação

Dimensão	Nível de satisfação	%	Valor estatístico	%
Perfilha de informação	Satisfeita	31	31,74	98%
	Insatisfeita	68	29,37	
Atuação do enfermeiro	Satisfeita	31	31,74	98%
	Insatisfeita	68	29,37	
Disponibilidade de tempo	Satisfeita	31	31,74	98%
	Insatisfeita	68	29,37	
Atuação do médico	Satisfeita	31	31,74	98%
	Insatisfeita	68	29,37	
Disponibilidade	Satisfeita	31	31,74	98%
	Insatisfeita	68	29,37	
Segurança e conforto	Satisfeita	31	31,74	98%
	Insatisfeita	68	29,37	

Nota: % - pontuação; Percentagem.

- Na assistência durante a gravidez, verificou-se que a dificuldade de acesso a cuidados de saúde estava associada a níveis inferiores de qualidade percebida.
- Por outro lado, o reforço na segurança dos cuidados, a utilização de métodos de comunicação adequados (Tabela 4) e a presença de acompanhante associou-se a um maior nível de qualidade percebida.

Tabela 4 - Comparação da Perceção da Qualidade dos Cuidados Pré-Natais com o nível de utilização de métodos de comunicação

Dimensão	Utilização de métodos adequados	%	Valor estatístico	%
Perfilha de informação	Sim	39	31,25	98%
	Não	62	29,37	
Atuação do enfermeiro	Sim	39	31,25	98%
	Não	62	29,37	
Disponibilidade de tempo	Sim	39	31,25	98%
	Não	62	29,37	
Atuação do médico	Sim	39	31,25	98%
	Não	62	29,37	
Disponibilidade	Sim	39	31,25	98%
	Não	62	29,37	
Segurança e conforto	Sim	39	31,25	98%
	Não	62	29,37	

Nota: % - pontuação; Percentagem.

Conclusão

A investigação revelou um elevado nível de perceção da qualidade e um bom nível de satisfação dos os cuidados de saúde durante a assistência na gravidez.

Contudo, os resultados sugerem a importância de implementar um modelo centrado na pessoa que englobe cuidados essenciais presenciais e à distância, orientação antecipatória e apoio presencial, melhorando a acessibilidade, acesso e proximidade na assistência pré-natal.

Bibliografia

- ERS (2020). Informação de monitorização sobre o impacto da pandemia COVID-19 no sistema de saúde - período de março a junho de 2020. <https://www.ers.eu/observatorio/2020/06/03/observatorio-19-06-2020>
- Rodrigues, S. (2017). Cuidados pré-natais e satisfação na gravidez [Master's thesis, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/29114>
- Lei n.º 110/2019 de 8 de setembro. Diário da República n.º 152/2019 - I Série. Assembleia da República, Lisboa, Portugal.

ANEXO VIII – Poster científico “Gestação em tempos de pandemia COVID-19: qualidade e segurança dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez”

Gestação em tempos de pandemia COVID-19

Felisbela Gens^{1,2}, Quirina Ferreira^{1,3}, Carla Vivas¹

1 - Instituto Politécnico de Santarém, Complexo Andar, Apartado 295, Santarém, 2001-004 Portugal
2 - Centro Hospitalar do Oeste, E.P.E., Rua Diário de Notícias, Caldas da Rainha, 2500-179 Portugal
3 - Instituto de Telecomunicações, Avenida Rovisco Pais, Lisboa, 1049-001 Portugal

Objetivos

- Determinar o nível de qualidade dos cuidados de saúde durante a assistência na gravidez;
- Avaliar a satisfação da mulher grávida relativamente aos cuidados de saúde materno prestados no atual contexto de pandemia por COVID-19.

Enquadramento

A pandemia COVID-19 torna mais exigente e incerta toda a envolvente de prestação de cuidados de saúde, criando nas organizações a necessidade de redefinir estratégias, que permitam dar resposta aos novos desafios e às necessidades das pessoas.

Existem reclamações e denúncias de utentes, profissionais de saúde, e de outras entidades do setor da saúde, relativa a questões de qualidade e segurança no âmbito da pandemia.

Métodos

Foi utilizado o método de pesquisa qualitativa que visa a compreensão da realidade social e cultural, e a obtenção de dados que se referem a situações e processos sociais, culturais e organizacionais.

Os dados foram recolhidos, em setembro e dezembro de 2020, através de um inquérito por questionário, através do qual se pretendeu obter dados.

Resultados

Idade	Gravidez	Parto	Recém-nascido	Materno	Neonatal
18-24	100	100	100	100	100
25-34	100	100	100	100	100
35-44	100	100	100	100	100
45-54	100	100	100	100	100
55-64	100	100	100	100	100
65-74	100	100	100	100	100
75-84	100	100	100	100	100
85-94	100	100	100	100	100
95-104	100	100	100	100	100
105-114	100	100	100	100	100