



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**O CASAL GRÁVIDO EM CONTEXTO DE PREMATURIDADE:
CUIDADOS DE PROXIMIDADE**

Elsa Maria Balseiro da Silva Roça

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

ORIENTADORA

Professora Adjunta Maria Felícia Canaverde Pereira Tavares Pinheiro

Évora

2012



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**O CASAL GRÁVIDO EM CONTEXTO DE PREMATURIDADE:
CUIDADOS DE PROXIMIDADE**

Elsa Maria Balseiro da Silva Roça

Relatório apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

ORIENTADORA

Professora Adjunta Maria Felícia Canaverde Pereira Tavares Pinheiro

Évora

2012

*Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar.
Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”*

Madre Teresa de Calcutá

À Orientadora, Professora Ajunta Felícia Pinheiro, pela imensa disponibilidade e encorajamentos constantes, pelos saberes partilhados e pelo apoio incondicional perante os obstáculos com que nos deparámos...

Ao José e ao Hugo pelo amor e compreensão demonstrados...

Aos pais e irmã pelo apoio, sem vós seria impossível...

A todos os outros que apoiaram e incentivaram de várias formas...

A todos, os nossos sinceros agradecimentos, bem hajam!

SIGLAS

APA - *American Psychological Association*

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNP – Classificação Nacional de Profissões

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EMA – *European Midwives Association*

ICM – *International Confederation of Midwives*

IG – Idade Gestacional

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – População Alvo A

PB – População Alvo B

PMA – Procriação Medicamente Assistida

RCEEEESMOG – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

RCIU – Restrição de Crescimento Intra-uterino

RN – Recém-nascido

RPM-PT – Ruptura Prematura de Membranas Pré-termo

RPQCEESMOG – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

SMMF – Serviço de Medicina Materno-Fetal

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCI-RN – Unidade de Cuidados Intermédios ao Recém-nascido

VPN – Vinculação Pré-natal

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	14
2.1. Caraterização do Ambiente de Realização do Estágio Final	15
2.2. Caraterização dos Recursos Materiais e Humanos	17
2.3. Descrição e Fundamentação do processo de aquisição de Competências	18
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	21
3.1. Caraterização Geral da População/Utentes	21
3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo	23
3.3. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo	30
3.4. Recrutamento da População Alvo	34
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	36
4.1. Objetivos de Intervenção Profissional	36
4.2. Objetivos a Atingir com a População Alvo	41
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	42
5.1. Fundamentação das Intervenções	42
5.2. Metodologias	44
5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas	60
5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos	62
5.5. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas	63
5.6. Análise da Estratégia Orçamental	65
5.7. Cumprimento do Cronograma	65
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	67
6.1. Avaliação dos Objetivos	67
6.2. Avaliação da Implementação do Programa	68
6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas	69
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	70
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXO A. Proposta de Candidatura/Projeto	83
ANEXO B. Questionário aos Enfermeiros	89
ANEXO C. Powerpoint da Acção de formação “O Feto e o RN Prematuro”	93
ANEXO D. Protocolo da Visita do Casal Grávido à Unidade de Neonatologia	110
ANEXO E. Álbum Seriado	114
ANEXO F. Questionário à Futura Mãe	141

ANEXO G. Questionário ao Futuro Pai.....	146
ANEXO H. Powerpoint da Ação de Formação “O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia”.....	150
ANEXO I. Consentimento para captação de imagens	164
ANEXO J. Autorização do Projeto de Intervenção pelo Conselho de Administração; Pedidos de autorização para implementação do projeto	166
ANEXO K Consentimento Livre e Esclarecido.....	172
ANEXO L. Folha de Avaliação da Visita à Unidade de Neonatologia.....	174
ANEXO M. Folha de Avaliação do Album Seriado	176
ANEXO N. Folha de Registo da Visita à Unidade de Neonatologia	178
ANEXO O. Folha de Avaliação das Ações de Formação aos Enfermeiros	180
ANEXO P. Plano das Ação de Formação “O Feto e o RN Prematuro”.....	183
ANEXO Q. Cartaz de divulgação da Ação de Formação “O Feto e o RN Prematuro”	185
ANEXO R. Plano da Ação de Formação “O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia”	187
ANEXO S. Cartaz de divulgação da Formação “O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia”.....	189

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1. Distribuição das grávidas em função da idade gestacional</i>	49
---	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Serviço de Medicina Materno Fetal (Adaptado de Amaral, 2008, p.2)	16
Figura 2. Distribuição das futuras mães por idades	46
Figura 3. Gráfico da distribuição das grávidas em função das habilitações académicas	47
Figura 4. Gráfico da distribuição das grávidas segundo o estado civil	48
Figura 5. Gráfico do nº de gravidezes anteriores por grávida	48
Figura 6. Gráfico do nº total de partos por grávida	49
Figura 7. Gráfico dos diagnósticos de internamento	50
Figura 8. Gráfico das respostas das grávidas sobre o que é um bebé prematuro	51
Figura 9. Gráfico das respostas das grávidas sobre o que mais as preocupa se o filho nascer prematuro.....	51
Figura 10 . Gráfico das respostas das grávidas sobre a necessidade de informação no âmbito da prematuridade	52
Figura 11. Respostas das grávidas sobre as vantagens de efetuarem a visita à UCIN	52
Figura 12. Respostas das grávidas sobre as vantagens da visita pré-natal do casal à UCIN	53
Figura 13. Gráfico da distribuição dos futuros pais por idade.....	53
Figura 14. Gráfico da distribuição dos pais em função das habilitações académicas	54
Figura 15. Gráfico da distribuição dos futuros pais segundo o estado civil.....	54
Figura 16. Gráfico das respostas dos futuros pais sobre o que é um bebé prematuro.....	55
Figura 17. Gráfico das respostas dos futuros pais sobre o que mais as preocupa se o filho nascer prematuro	55
Figura 18. Gráfico das respostas dos futuros pais sobre a necessidade de informação	56
Figura 19. Respostas dos futuros pais sobre as vantagens da grávida visitar a UCIN	56
Figura 20. Respostas dos futuros pais sobre as vantagens do casal visitar a UCIN.....	57
Figura 21. Formação dos enfermeiros	58
Figura 22. Gráfico da distribuição dos enfermeiros por antiguidade na profissão.....	58
Figura 23. Gráfico da distribuição dos enfermeiros por antiguidade na área da ESMO.....	59
Figura 24. Gráfico da distribuição dos enfermeiros por antiguidade no SMMF.....	59
Figura 25. Gráfico das necessidades de formação dos enfermeiros	60
Figura 26. Cronograma das Atividades de Intervenção	65

RESUMO

A prematuridade com todas as suas consequências, constitui um problema mundial. Portugal não é exceção, sendo a taxa de prematuridade nacional elevada em relação à média europeia.

No Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, onde desempenhamos funções, o alvo dos cuidados de enfermagem inclui um número elevado de gravidezes de risco que terminam em partos prematuros.

A teoria da vinculação contribui para a compreensão da estruturação e manutenção dos laços afetivos do ser humano ao longo da vida. O processo de vinculação tem início durante a gravidez, no entanto, um parto prematuro pelas características do recém-nascido e pelo impacto negativo que tem nos pais, pode comprometê-lo. A transição para a parentalidade que constitui uma crise de maturação no ciclo de vida dos futuros pais, também é dificultada pela expectativa de um parto prematuro. A complexidade dos seus pensamentos sobre o impacto de serem pais, vai agravar-se com o *stress* e ansiedade inerentes ao internamento hospitalar e à incerteza prognóstica da gravidez e parto.

Ao verificar a lacuna existente no cuidar do casal com alto risco de parto pré-termo, foi desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo de facilitar a aquisição de competências de vinculação pelo casal grávido, perante o recém-nascido prematuro. Sendo os enfermeiros prestadores de cuidados, imprescindíveis para a concretização dos objetivos, foi necessário avaliar o seu grau de motivação e as suas competências sobre a prematuridade. Neste relatório de mestrado pretendemos dar a conhecer as atividades desenvolvidas para o alcance dos objetivos traçados no projeto de intervenção. Entre as atividades desenvolvidas contam-se: a elaboração de um protocolo de visita dos casais em risco de parto prematuro à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; a efetivação e avaliação dessas visitas e a elaboração de um álbum seriado, para promover as competências no âmbito da parentalidade com o recém-nascido prematuro, nas grávidas/casais que não possam efetuar a visita. Da análise dos questionários aos enfermeiros, para colmatar as necessidades de formação diagnosticadas, resultaram duas ações de formação em contexto de serviço e um *dossier* sobre a prematuridade.

Palavras-chave: Prematuridade, Vinculação, Transição para a Parentalidade

TITLE

THE COUPLE IN CONTEXT OF PREMATURITY: CARE OF PROXIMITY

ABSTRACT

Prematurity, with all its consequences, is a worldwide issue. Portugal is not an exception, as its national prematurity rate is high considering the European average.

In the Maternal-Fetal Medical Service of the Maternity Dr. Alfredo da Costa, where we work, the target of nursing care includes a high number of risk pregnancies that end up in pre-term births.

The attachment theory contributes to the understanding of the formation and keeping of human affection links along life. The attachment process begins during pregnancy; however, a pre-term birth, by the characteristics of the newborn and the negative impact that has on parents, may compromise it. Transition to parenthood, that means a maturation crisis in the future parents' life cycle, is also constrained by the expectation of a pre-term birth. The complexity of their thoughts about the impact of being parents will worsen with the stress and anxiety related to hospital internment and the prognostic uncertainty of pregnancy and birth.

Noticing the existing gap in care of couples with high risk of pre-term birth, an intervention project was developed with the objective of facilitating the acquisition of attachment skills by pregnant couples towards the premature newborn. As care providers, essential to reach this objective, it was necessary to assess the nurses' motivation levels and their skills on prematurity. In this Masters report, we intend to reveal the activities developed to reach the objectives outlined in the intervention project. These activities include: the elaboration of a visit protocol for couples at risk of pre-term birth to the Unity of Newborn Intensive Care; the implementation and evaluation of those visits and the elaboration of an album series, to promote the skills on parenthood towards the premature newborn, on pregnant women /couples which can't make the visits. From the analysis of the questionnaires to the nurses, to fill the identified training needs, we made two on job training actions and a *dossier* about prematurity.

Key-words: Prematurity, Attachment, Transition to Parenthood

1. INTRODUÇÃO

Em Portugal a taxa de prematuridade é elevada em relação à média europeia. Em 2009 situou-se nos 8,8% em comparação com a média europeia de 7,7%. Na Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC), em 2010, a taxa de prematuridade foi de 11,84%. Segundo os dados estatísticos da Instituição, nasceram 5317 crianças, das quais 630 foram prematuras, já que a MAC recebe grávidas de risco com idade gestacional inferior a 32 semanas, de todo o país.

A teoria do apego, ou teoria da vinculação foi fundada por Ainsworth e Bowlby e contribui para a compreensão da estruturação e manutenção dos laços afetivos do ser humano ao longo da vida, elegendo a mãe como a figura principal da vinculação. Para estes autores, a sensibilidade da mãe e a qualidade dos cuidados maternos estão associados à qualidade da vinculação. Atualmente reconhece-se a importância da tríade mãe-pai-criança na vinculação que se inicia durante a gravidez (Argimon & Schmidt, 2009). O processo de vinculação precoce pressupõe o estabelecimento de uma relação entre os pais e o recém-nascido, no qual interferem não só as características do recém-nascido mas também as dos pais. O processo de vinculação está comprometido na presença de um parto prematuro, pois a prematuridade só por si, é prejudicial ao estabelecimento de uma boa relação precoce, pelo impacto negativo que tem nos pais (Campos, 2000).

Ao percorrer uma nova etapa de desenvolvimento pessoal, académico e profissional, surge este Relatório de Intervenção, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, realizado em contexto de trabalho. O relatório cumpre um dos requisitos para obter o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus/ Universidade de Évora.

A escolha do tema assenta no facto de desempenhar funções como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), no Serviço de Medicina Materno-Fetal (SMMF) da MAC. Neste serviço, direcionado para o internamento de grávidas de alto risco, com patologia materna e/ou fetal, o alvo dos nossos cuidados inclui um elevado número de mulheres/casais cujas gravidezes terminam em partos prematuros.

A elaboração deste relatório tem como objetivo dar a conhecer as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos delineados no projeto de intervenção (Anexo A).

A sua elaboração, implementação e avaliação estão de acordo com o decretado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica” (RCEEESMOG). As intervenções dizem respeito ao cuidado da mulher inserida na família durante o período pré-natal e ao período pós-natal, “no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido (RN), apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (p. 6). Ao tomar como alvo dos cuidados o casal durante a gravidez, procurando reforçar a ligação mãe/pai-filho e facilitar a adaptação à parentalidade, este trabalho está de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (RPQCEESMOG), produzido pela OE em 2011.

Este trabalho inclui duas populações alvo: a população alvo A (PA) e a população alvo B (PB). A PA é constituída pelos casais, em que a grávida esteja internada no SMMF e exista elevada probabilidade de parto prematuro (desde as 24 até às 34 semanas e 6 dias de gestação), ou de baixo peso fetal, por restrição do crescimento intra-uterino (RCIU), independentemente da idade gestacional. A PB é composta por todos os enfermeiros prestadores de cuidados do SMMF, fundamentais para a consecução do projeto de intervenção, cujo objetivo geral é facilitar a aquisição de competências pelo casal grávido a favor da vinculação perante o RN prematuro.

A estrutura do relatório está de acordo com o preconizado pelo Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, nomeadamente: introdução, seguida da análise de contexto do estágio final que inclui a caracterização do ambiente, os recursos materiais e humanos assim como a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. No terceiro capítulo é feita a análise das populações/utentes, com a caracterização das populações alvo, cuidados e necessidades das mesmas, estudos sobre programas de intervenção com a população alvo e seu recrutamento. No quarto capítulo, é abordada a análise reflexiva dos objetivos da intervenção profissional e os objetivos a atingir com as populações alvo. No quinto capítulo, é feita a análise reflexiva sobre as intervenções. Segue-se o sexto capítulo com a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo. A análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas constitui o sétimo capítulo. A conclusão, as referências bibliográficas e os anexos terminam este relatório de mestrado, cuja redação obedeceu às normas da *American Psychological Association* (APA).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

As primeiras referências ao início da obra de proteção oficial à mulher grávida em Portugal remontam a 1775. O grande terramoto destruiu mais de metade de Lisboa, incluindo o Hospital de Todos os Santos. Segundo Almeida (1983), entre 3 a 5 de Abril de 1775, os doentes do hospital destruído foram alojados na Casa Principal dos Jesuítas, expulsos do reino por decreto pombalino. Era um amplo edifício designado de Colégio de Santo Antão que foi transformado no Hospital Real de S. José, em honra do rei que lhe destinou as instalações. Das nove enfermarias de mulheres do antigo Hospital de S. José, a número 18, com quarenta e duas camas foi destinada a puérperas e designada por Enfermaria de Santa Bárbara. Foi nessa enfermaria de precárias instalações e condições materiais que o Dr. Alfredo da Costa, médico e professor, exerceu tanto a prática clínica e o ensino como a direção da Maternidade de Santa Bárbara. Aí lutou por condições técnicas e humanas que reduzissem a morbilidade e a mortalidade das mulheres e dos recém-nascidos. Desde que assumiu a regência da Cadeira de Obstetrícia da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa em 1898, que o Dr. Alfredo da Costa tinha o sonho de ver construída uma grande maternidade em Lisboa. No entanto, faleceu a 10 de Abril de 1910, sem o concretizar. Após a sua morte, um grupo de médicos, discípulos e amigos insistiu na construção da grande maternidade a que deram o nome do homem que a planeou.

A Maternidade Dr. Alfredo da Costa foi inaugurada solenemente a 31 de Maio de 1932 mas só abriu em 5 de Dezembro desse ano, com 300 camas, 250 destinadas a obstetrícia e 50 a ginecologia. O primeiro parto ocorreu a 8 de Dezembro de 1932 e no dia 6 de Janeiro de 1933, foi internada a primeira grávida para tratamento/vigilância que pariu a 23 de Janeiro. No primeiro ano de existência, a MAC registou 2179 partos dos quais 10 foram gemelares (Almeida, 1983).

Situada no centro de Lisboa, na freguesia de S. Sebastião da Pedreira, a Maternidade tem como áreas de abrangência as freguesias de Coração de Jesus, Marvila, Olivais, Pontinha, Sacavém, S. João, Sete Rios. No entanto é a maternidade de referência para os hospitais das regiões do litoral sul e ilhas. Em 2001 foi classificada como um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, no âmbito do Programa de Saúde Materna e Infantil, recebendo grávidas e recém-nascidos transferidos do litoral sul, alentejo, algarve e Ilhas.

Desde a sua abertura até ao presente, num total de 79 anos, nasceram nesta instituição mais de 580000 crianças. Atualmente, a perfazer oitenta anos de existência, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa continua a ser a maior maternidade do país, com uma média anual de 6000 partos, 32000 atendimentos no Serviço de Urgência e 68000 consultas efetuadas (MAC, 2010). É missão da Instituição: “Garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e o competente acolhimento do recém-nascido para a vida” (Amaral, 2008, p.1). Integra os serviços de Obstetrícia; Ginecologia; Pediatria/Neonatologia; Anestesia; Patologia Clínica; Imunohemoterapia; Radiologia; Anatomia Patológica; Procriação Medicamente Assistida; Psicologia; Serviço Social e Serviços de Apoio.

A 6 de Janeiro de 2010, a MAC foi classificada como Hospital Amigo dos Bebés, por cumprir as dez etapas fundamentais na promoção do aleitamento materno. Salienta-se o papel importante do Banco de Leite Humano (criado na Instituição) e do “Espaço Amamentação”.

A 23 de Fevereiro de 2012, a publicação do Decreto-lei nº 44/2012, extinguiu a MAC como organismo autónomo e aprovou a sua fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), que inclui os hospitais: Santo António dos Capuchos/Desterro, Curry Cabral, Dona Estefânia, Santa Marta e São José. Em 14 de Junho de 2012 o Governo Português anunciou através das redes de comunicação social, a decisão de encerrar definitivamente a MAC, aguardando-se a data e as diretrizes da transferência de serviços e recursos materiais e humanos para o Hospital D. Estefânia.

2.1. Caracterização do Ambiente de Realização do Estágio Final

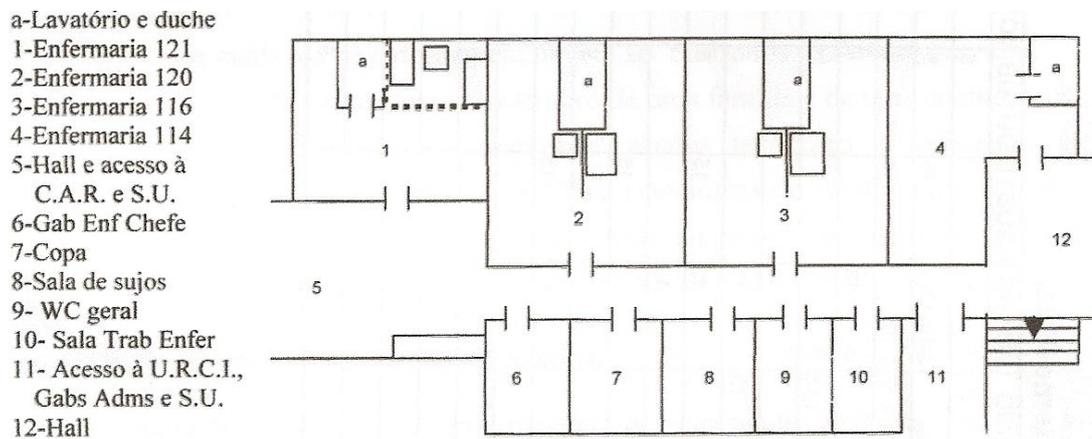
O Serviço de Medicina Materno Fetal, atualmente em Processo de Acreditação e Certificação como Serviço de Saúde de Qualidade, integra-se no Departamento de Medicina Materno-Fetal e situa-se no primeiro piso, ala nascente-norte do edifício da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Tem uma lotação de 24 camas distribuídas por quatro enfermarias, designadas pelos números 114, 116, 120 e 121.

A enfermaria 114 tem seis camas; a enfermaria 116, oito camas; a enfermaria 120 tem sete camas e a enfermaria 121, três camas.

A estrutura física do Serviço de Medicina Materno-Fetal (Figura 1) tem um *hall* em cada extremo. O *hall* (5) permite o acesso às Consultas de Alto Risco e ao Serviço

de Urgência. No extremo oposto, o *hall* (12) inclui o secretariado da unidade (comum ao serviço de Puérperas II). Através deste *hall* acede-se à enfermaria 114, à sala de reuniões e ao corredor do serviço propriamente dito. As enfermarias situam-se do lado direito do corredor. No lado esquerdo encontram-se a sala de trabalho de enfermagem, a sala de sujos, a casa de banho (compostas por cinco sanitas individualizadas, sendo uma destas para uso do pessoal e as restantes para utilização das utentes; dois lavatórios e um duche), a copa, o gabinete da Enfermeira Chefe. O corredor (11), contíguo à sala de trabalho de enfermagem dá acesso ao Bloco Operatório de Obstetrícia, à Unidade de Cuidados Intensivos (adultos), à Unidade de Neonatologia e ao Serviço de Urgência.

Figura 1 – Planta do Serviço de Medicina materno-Fetal



Fonte: (Adaptado de Amaral, 2008, p.2)

O Serviço de Medicina Materno-Fetal é um serviço direcionado para a prestação de cuidados diferenciados à grávida de alto risco. Tem como objetivo principal a vigilância de saúde materno-fetal nas situações de patologia e risco de causa materna e/ou fetal, de forma a diminuir a mortalidade e a morbilidade da mãe e da criança (Amaral, 2008).

Os diagnósticos de internamento e as patologias mais frequentes são: ameaça de parto pré-termo, hipertensão crónica, hipertensão induzida pela gravidez, pré-eclâmpsia, diabetes mellitus, diabetes gestacional, rutura prematura de membranas, hemorragias do segundo e terceiro trimestres, colestase gravídica, atraso de crescimento intrauterino, gemelaridade, indução de trabalho de parto e interrupções voluntárias da gravidez.

As grávidas são internadas através do Serviço de Urgência, das Consultas Externas e da Unidade de Cuidados Intensivos. São distribuídas pelas enfermarias 114, 116 ou 120 de acordo com as vagas existentes, independentemente das patologias. É exceção a enfermaria 121, onde são internadas apenas as grávidas em situações de interrupção voluntária da gravidez, aborto retido e feto morto.

Quanto ao número de internamentos, no ano de 2009 foram internadas no SMMF 1742 grávidas, em 2010 foram internadas 1713 grávidas e em 2011 o número de grávidas internadas foi 1896. Neste último ano, a taxa de ocupação foi de 89% com uma demora média de 3,8 dias.

2.2. Caracterização dos Recursos Humanos e Materiais

Do Serviço de Medicina Materno-Fetal fazem parte a equipa de enfermagem, a equipa médica, as assistentes operacionais e a secretária de unidade.

A equipa de enfermagem é composta por dezanove elementos: a enfermeira chefe (enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia), treze enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia (duas das quais em acumulação de funções, com dezanove horas semanais) e cinco enfermeiros generalistas. A enfermeira chefe e a enfermeira coordenadora, enfermeiras especialistas em saúde materna e obstetrícia, têm horário fixo de segunda a sexta-feira, enquanto a restante equipa se divide pelos turnos da manhã, tarde e noite.

As assistentes operacionais são apenas seis. Um elemento fixo faz os turnos da manhã nos dias úteis. Cada um dos outros cinco elementos, acompanha o horário de uma equipa de enfermagem. Assim, existem sempre duas assistentes operacionais nos dias úteis no turno da manhã e apenas uma nos restantes turnos.

A equipa médica integra médicos assistentes de obstetrícia e internos da especialidade que permanecem no serviço entre as 9 e as 14 horas, com exceção dos domingos e feriados. No entanto, sempre que é necessário, o enfermeiro contacta um dos médicos do Serviço de Urgência que se desloca ao internamento.

A equipa multidisciplinar inclui medicina interna, endocrinologista, dietistas, anestesistas, pediatras, fisioterapeutas, psicólogos clínicos, técnicos de serviço social, técnicos de análises clínicas e farmacêuticos. Estes profissionais articulam-se entre si,

trabalhando em equipa, com as competências específicas de cada um para o bem-estar materno-fetal.

Cada grávida internada tem uma unidade composta pela cama articulada, mesa de refeição, cadeira e mesa-de-cabeceira. Para permitir a privacidade existe uma cortina que fecha o espaço ao redor da cama.

Além do material de consumo imprescindível aos cuidados de higiene e conforto e fármacos em sistema de unidade, o serviço está dotado com dois dinamap para monitorização dos sinais vitais, nove cardiotocógrafos, um ecógrafo para utilização exclusiva nas grávidas internadas, um aparelho portátil para auscultação dos batimentos cardíacos fetais (doppler) e sete computadores: dois na sala de reuniões, um na sala de trabalho dos enfermeiros, um no gabinete da enfermeira chefe e três distribuídos pelas enfermarias 114, 116 e 120.

Existem ainda manuais de integração de enfermeiros, procedimentos de enfermagem revistos em Janeiro último, assim como protocolos clínicos publicados em Janeiro de 2012 e facilmente acessíveis através da intranet. Estes documentos uniformizam as normas de atuação minimizando os erros na equipa de saúde.

2.3. Descrição e Fundamentação do processo de aquisição de Competências

O processo de aquisição de competências é contínuo e inseparável das boas práticas profissionais em enfermagem. A profissão de EESMO em Portugal é regulada pela OE, que definiu o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010) e o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2011). A nível internacional a OE vai ao encontro do que é preconizado pela *International Confederation of Midwives* (ICM) e pela *European Midwives Association* (EMA).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que “enfermeiro especialista é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. (OE, 2010, p.2). Aos enfermeiros

especialistas são atribuídos quatro domínios comuns de competências: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, Gestão da Qualidade, Gestão de Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Para a Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia foram definidas como competências específicas “cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, nunca esquecendo a atuação nos cuidados do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2011, p.2).

A ICM define competência (na profissão de parteira) como “uma combinação de conhecimentos, comportamento profissional e competências específicas que são demonstradas num nível definido de proficiência no contexto da formação da profissão de parteira e/ou da prática” (ICM, 2010, p.19). Neste comportamento profissional é essencial a atualização dos conhecimentos para manter a prática atualizada (ICM, 2002). Concordamos com Ribeiro (2000) quando nos diz que o enfermeiro para cuidar precisa ter um saber técnico complementado com competências fundamentais de suporte e apoio, relacionais e de substituição e ajuda. Estas competências foram-nos fornecidas durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem e na Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e complementadas com a nossa prática diária ao longo de vinte e três anos de profissão como enfermeira prestadora de cuidados. Tem sido nosso objetivo proporcionar cuidados de enfermagem especializados de excelente qualidade, pelo que reconhecemos a importância da pesquisa bibliográfica assente na reflexão e evidência científica, tal como preconiza o RPQCEESMOG.

Desde 2008 que exercemos funções como Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia, na área da prestação de cuidados no Serviço de Medicina Materno-Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, onde grande parte da população alvo dos nossos cuidados tem um risco elevado de sofrer um parto prematuro, o que efetivamente acontece com frequência.

A gravidez, constituindo um processo de transição no ciclo de vida dos futuros pais, pode ser percebida como um período gerador de ansiedade, ambivalência e *stress* pelas mudanças que o nascimento provoca na família. Para Dickason, Silverman & Schult (1995), a gravidez de alto risco é uma crise situacional na qual existem riscos sérios para a saúde da mãe e/ou do filho, podendo, as pacientes, debater-se com

necessidades psicológicas e de segurança básicas. O internamento hospitalar por uma gravidez de alto risco, vai desorganizar o casal na sua vida pessoal, profissional e familiar com conseqüente aumento dos níveis de *stress*. Por outro lado, uma gravidez vivida com ansiedade extrema pela mulher conduz a um risco mais elevado de ocorrerem complicações e, possivelmente, de se despoletar um parto prematuro (Martinet, 2008). A perspectiva de um parto prematuro traz aos pais uma preocupação relacionada com as possibilidades de sobrevivência da criança e as sequelas que poderão surgir da prematuridade mais ou menos precoce. Santos (2009), refere que a fragilidade do recém-nascido induz nos pais sentimentos de sofrimento, angústia e dor, levando-os a entrar em contato com a sua própria fragilidade e impotência perante as adversidades.

Da nossa convivência diária com o sofrimento dos futuros pais em situação de alto risco de parto prematuro, surgiu-nos a necessidade de realizar um trabalho com aplicação prática nos cuidados ao casal grávido em contexto de prematuridade.

Quando falamos em casal grávido, não pretendemos igualar as vivências experienciadas pela grávida e pelo companheiro, mas partilhamos da ideia de Colman & Colman (1994), em que sendo impossível o homem sentir as alterações hormonais ou corporais, a sua transformação pessoal e social pode ser tão grande quanto a da grávida. Também Pincus & Dare, 1987; Brazelton & Cramer, 1989, citados por Abreu (2009), estabelecem um paralelismo entre o processo de gravidez na mulher e no homem, em que são utilizados termos como “homem grávido” e “gravidez do pai”. Concordamos com Maldonado & Dickstein (2010), em que apesar dos diferentes graus de envolvimento, a gravidez tem repercussões muito importantes no pai, a ponto de se poder falar em termos de casal grávido.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1. Caracterização Geral da População/Utentes

A população que recorre à MAC é multicultural. Para além das mulheres portuguesas oriundas de todo o país (das áreas abrangência, referenciadas e por opção da mulher), são frequentes os internamentos das mulheres imigrantes de diversas nacionalidades: ucranianas, moldavas, romenas, brasileiras, angolanas, cabo-verdianas, santomenses, guineenses, indianas, paquistanesas e em menor número chinesas.

Os motivos e diagnósticos de internamento incluem as gravidezes múltiplas e as condicionantes de causa materna e de causa fetal. Entre os diagnósticos de internamento de causa materna incluem-se: ameaça de parto pré-termo (APPT), por colo curto, contractilidade, ou ambas; hemorragias do segundo e terceiro trimestres, entre as quais se incluem as placentas prévias (totais ou parciais) e os descolamentos do âmnio e da placenta; infeções do trato urinário; rutura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT); pré-eclâmpsia; diabetes (gestacional ou mellitus tipo I ou tipo II); hipertensão arterial induzida pela gravidez; hipertensão arterial crónica; Lúpus eritematoso sistémico; hemoglobinopatias (anemias, drepanocitose, talassemia); incompetência cervico-ístmica. Os motivos que levam ao internamento da grávida por causa fetal são: RCIU; que muitas vezes é originado por hipertensão arterial materna; alterações na quantidade de líquido amniótico (oligoâmnios e hidrâmnios) e alterações a nível da fluxometria do cordão umbilical; alterações na anatomia fetal, nomeadamente a nível cardíaco, gastrointestinal e urinário, sendo a sua maioria compatíveis com a evolução da gravidez.

Segundo Barros (2008, citando Lau, 2001), apesar de multifacetada, a etiologia do trabalho de parto prematuro pode ser classificada em 4 grandes grupos: complicações médicas durante a gravidez; fatores sociodemográficos (grávidas de baixo estrato socioeconómico e cultural, deficiente nutrição materna, má vigilância da gravidez, idades maternas precoces e tardias); fatores iatrogénicos (entre os quais os hábitos de adição maternos) e causas desconhecidas. Diz-nos também que as mulheres com um ou mais partos anteriores, têm um risco de 70% de virem a ter mais partos prematuros.

Muitos dos internamentos terminam em parto pré-termo porque o parto se desencadeou espontaneamente ou porque, por risco de vida materno e/ou fetal, a indução do parto pré-termo é a medida preconizada pela equipa médica.

O parto prematuro tem uma multiplicidade de causas associadas, sendo o nascimento de risco uma condição que concretiza em si mesmo variados riscos: médicos, genéticos, económicos, sociais e educacionais (Barros, 2006a).

O parto pré-termo é definido pela Organização Mundial de Saúde desde 1972, como o que ocorre antes de estarem completas as 37 semanas gestacionais. Antes da 22^a semana de gestação, a inviabilidade fetal situa-se nos 100%. A definição da idade da viabilidade fetal não é unânime, situando-se entre as 22 e as 24 semanas de gestação. Graça (2010) considera que o limite inferior da viabilidade fetal ocorre “entre as 22 e as 28 semanas de gestação, de acordo com a capacidade técnica de cuidados perinatais da instituição onde ocorre o parto” (p.387). O documento “Recomendações para o Nascimento de Prematuros no Limite da Viabilidade <27 semanas”, da Secção de Neonatologia Portuguesa, preconiza que se a determinação da idade gestacional (IG) não é exata no momento do parto, deve iniciar-se a reanimação do RN, que será suspensa se for determinada uma IG abaixo do limiar de viabilidade aceite. Os recém-nascidos com IG inferior a 24 semanas não devem ser reanimados, mas se nascerem vivos deve investir-se no seu tratamento, esclarecendo os pais sobre as probabilidades de sobrevivência e sequelas. Uma idade gestacional igual ou superior a 24 semanas preconiza a reanimação dos recém-nascidos, Peixoto *et al.* (2004).

Quanto à população alvo, este trabalho inclui duas populações alvo. A população alvo A (PA) e a população alvo (B).

A PA é constituída pelas mulheres grávidas internadas no SMMF da Maternidade Dr. Alfredo da Costa com risco de parto prematuro, e seus companheiros, constituindo assim o casal grávido em risco de prematuridade. Incluem-se nesta população os casais que esperam um bebé de muito baixo peso ou de extremo baixo peso, que embora possa ser de termo, necessite de cuidados neonatais especializados após o nascimento. No entanto, são excluídos os casais que ainda não atingiram a viabilidade fetal, pelo risco de criar falsas expectativas numa gravidez que pode resultar em aborto. Também são excluídos os casais em que a idade gestacional atinge ou supera as 35 semanas. Neste caso, se o feto não apresentar muito baixo peso para a idade gestacional ou qualquer patologia que necessite de cuidados neonatais especializados, vai acompanhar a mãe no serviço de puerpério, não necessitando o casal de ser submetido a ansiedades decorrentes da visita à UCIN, sem que o seu caso o justifique. Também são excluídos do projeto de intervenção os casais em que nenhum dos

membros fale e compreenda corretamente português ou inglês, para poderem ser esclarecidas as dúvidas.

A PB é composta por todos os enfermeiros prestadores de cuidados do SMMF. A enfermeira chefe por ser responsável pela gestão do serviço, fica excluída da população alvo.

3.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo

Os futuros pais passam por uma fase complexa do seu ciclo vital quer a nível individual quer como casal. Concordamos com Meleis *et al* (2000) quando refere que o indivíduo pode enfrentar várias transições em simultâneo, as quais podem estar relacionadas. Magalhães (2011, citando Bridges, 2004; Kralik, Visentin & Loon, 2006), diz-nos que a transição não é apenas um evento, pressupondo uma reorganização e auto-redefinição do indivíduo para incorporar a mudança na sua vida. Enquadram-se neste âmbito o processo de gravidez, em que são desenvolvidas várias tarefas que preparam o homem e a mulher para a maternidade e paternidade, e a transição da conjugalidade para a parentalidade, no caso de ser o primeiro filho. Se já existem filhos, o sistema familiar tende a ficar mais complexo e requerendo redefinição de papéis e tarefas.

O conceito de transição para a parentalidade é definido pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE (Versão 2, 2010), como a “ação de parentalidade com as seguintes características específicas: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (p. 66).

A gravidez é um processo complexo de dimensões socioculturais, além da dimensão física marcada pela transformação do corpo e das alterações hormonais causadoras de alterações emocionais e sentimentos ambivalentes. Ao longo de uma gravidez de termo os pais têm oportunidade de se prepararem física e psicologicamente para o nascimento do bebé. Brazelton & Cramer (2004) consideram que a gravidez inclui três tarefas distintas, cada uma associada a uma fase do desenvolvimento fetal. A primeira fase tem início com a notícia da gravidez e a aceitação da mesma. Os pais adaptam-se à notícia da gravidez que opera mudanças no corpo da mãe mas, mas sem

evidências da existência do feto. A segunda fase tem início com os movimentos fetais sentidos pela mãe. Ao reconhecer-lhe vida, a mãe vai identificar-se com o feto e relembrar os aspetos gratificantes das primeiras relações com a sua mãe, criando fantasias assentes nesse relacionamento. Na terceira fase, os pais começam a encarar o feto como um indivíduo separado da mãe, através dos movimentos intra-uterinos e dos padrões e ritmos de atividade, atribuindo uma personalidade ao bebé. Estes autores consideram que desta personalização, da escolha do nome e dos planos para integrarem o bebé nas suas vidas, nasce a interação mais precoce.

Para Canavarro (2005, 2006), são sete as tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério: aceitar a gravidez; aceitar a realidade do feto; reavaliar e reestruturar a relação com os pais; reavaliar e reestruturar a relação com o companheiro; aceitar o bebé como pessoa separada; reavaliar e reestruturar a sua própria identidade; reavaliar e reestruturar a relação com o (s) outro (s) filho (s).

A boa adaptação psicológica da grávida e do companheiro antes do nascimento é preditiva de uma boa parentalidade durante os primeiros dois anos da criança. Barros (2008, citando Vaz & Machado, 2004). O tempo de gestação constitui o espaço de reflexão e preparação da parentalidade, daí que quando este tempo é drasticamente abolido por um nascimento prematuro, o casal sofre uma perda de oportunidades para a preparação para a parentalidade não só por o processo de desenvolvimento psicológico a decorrer na gravidez ser interrompido como a impossibilidade de frequentar cursos de preparação para o parto e para a parentalidade.

Se a gravidez normal constitui um período de crise na vida do casal, o internamento por uma gravidez de risco, vai alterar a dinâmica pessoal e familiar, gerando maiores níveis de *stress* no casal. Silva (2006), refere que o impacto da vivência de um internamento durante a gravidez é sentido de forma idêntica ao do internamento do filho pré-termo numa unidade de neonatologia. Para Barros (2006 a), as grávidas com risco de parto pré-termo, tal como os pais dos bebés prematuros, atravessam uma crise emocional grave que se traduz com sentimentos de ansiedade, medo e depressão intensos. Numa primeira fase a ansiedade prende-se com o medo e preocupação com a sobrevivência e a qualidade de vida do bebé, seguidas duma autoavaliação de falta de competência para cuidar e educar uma criança que percecionam como difícil (Canavarro, 2006). A ansiedade quanto à incerteza do desfecho da gravidez, quando vai ocorrer o parto e em que condições, também agrava o estado emocional do casal. Este necessita de uma equipa multidisciplinar sensível à sua

problemática, detentora de conhecimentos sobre prematuridade e que lhes proporcione cuidados personalizados de acordo com as suas necessidades.

São frequentes as situações em que a grávida necessita fazer repouso absoluto no leito, o que acontece nas situações de hemorragia, incompetência cervico-ístmica ou de rutura prematura de membranas pré-termo (RPM-PT). A dependência física dos cuidadores, para além das consequências físicas inerentes à imobilidade, acarreta um elevado desgaste psicológico. Cabe ao EESMO despistar e prevenir as complicações associadas à imobilidade e avaliar com a grávida, a necessidade de apoio do serviço de psicologia, existente na instituição. Se o apoio psicológico é fundamental na assistência aos pais, principalmente no caso do primeiro filho, no caso da expectativa de um parto prematuro, constitui a base da relação terapêutica com a grávida/casal.

A perda do bebé imaginário idealizado ao longo da gravidez e o afastamento físico entre a mãe e filho internados em diferentes serviços após o parto, implicam a mobilização de maiores esforços de adaptação por ambos os pais, pondo em risco os processos de vinculação ao recém-nascido e de adaptação à parentalidade. É imprescindível atuar a nível do casal e não só da grávida pois a transição para a parentalidade não se trata de uma adaptação individual, já que é sempre influenciada pela forma como o companheiro ou a companheira se envolvem nessa situação.

De acordo com a CIPE (Versão 2, 2010) a vinculação é: “ação de parentalidade com as características específicas - ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos” (p. 79). O conceito de vinculação para Ramos (2004), “é geralmente utilizado para descrever a relação afetiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida” (p. 165). Segundo esta autora, uma vinculação inadequada poderá levar a resultados perigosos na relação posterior entre pais / filhos que são manifestados por negligências, maus-tratos e abusos.

Campos (2000) diz-nos que é essencial atuar a nível da prevenção secundária junto das mães de forma a promover uma interação de qualidade com o bebé pré-termo, sempre que não seja possível adiar um parto prematuro. Partilhamos da sua opinião e atrevemo-nos a atuar não só junto das mães, mas no casal em risco de parto prematuro.

Todos os fatores mencionados criam necessidades físicas, emocionais e cognitivas ao casal em risco de parto prematuro. Compete ao EESMO a deteção personalizada das necessidades de cada grávida/casal e proporcionar-lhes resposta adequada com os recursos humanos, técnicos e institucionais de que dispõe. É essencial

que o enfermeiro desenvolva uma relação terapêutica com estes casais, o que implica usar competências de comunicação eficientes, nas quais a escuta ativa e a empatia são imprescindíveis.

Entre outros, Gardner et al (2006), reconhecem a importância da educação para a saúde no processo de vinculação. A informação nos períodos pré e pós natal promovem a qualidade da interação mãe/bebê, reforçando o vínculo e facilitando a transição para a parentalidade. Na equipa de saúde os enfermeiros detêm um papel privilegiado no processo de facilitação de aquisição de competências de vinculação, pelo casal grávido perante o RN prematuro. No entanto, os enfermeiros prestadores de cuidados do SMMF (PB) podem deparar-se com algumas necessidades no esclarecimento da grávida/casal sobre a prematuridade e a unidade de neonatologia, visto o alvo dos seus cuidados diretos ser a grávida de alto risco e não o neonato. Para o diagnóstico das suas necessidades de formação nesta área foi elaborado um questionário (Anexo B) cujos dados foram tratados e respondidas as suas solicitações, nomeadamente através das ações de formação para aumentar as suas competências na temática.

Refletindo na excelência dos cuidados de enfermagem que procuramos atingir junto da PA, de acordo com Benner (2001), segundo o “modelo de competências de Dreyfus”, um individuo “passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito”. (p. 43). O enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p. 58). Como enfermeiros, cuidando de casais a vivenciar períodos de transição, não podemos deixar de fazer referência a Swanson e a Meleis, cujas teorias de enfermagem nos parecem mais adequadas à PA. Citando Castro (2007), cuidar é definido como: “uma forma de se relacionar, crescendo com um outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (13), sendo cinco os processos de cuidar: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. Para a autora, cuidar conduz ao desenvolvimento quer de quem cuida quer de quem é cuidado, através do estabelecimento e desenvolvimento de uma relação entre ambos. É imperioso que o objetivo da prestação dos cuidados de enfermagem, passe a ser a resposta do indivíduo, neste caso às transições que atravessa nesta fase do ciclo de vida.

A teoria de enfermagem construída na década de 1990 por Afaf Meleis sobre o fenómeno das transições no âmbito da enfermagem, define uma transição como a

passagem entre dois períodos de tempo estáveis, no qual a pessoa se movimenta de uma fase, situação ou estado de vida, para outra (Castro, 2007, citando Gladys *et al* 2007). Essas transições, exigem ao indivíduo novos conhecimentos que lhe permitam mudar comportamentos, assim como a definição do “*self*” num determinado contexto. Tendo conhecimento sobre as mudanças e necessidades que acompanham o indivíduo, neste caso, o casal grávido, que pode viver várias transições em simultâneo, o enfermeiro deve facilitar o processo de aprendizagem de novas competências. Messias (2004, citado por Castro, 2007) refere que o tempo de vida da transição tem três períodos identificáveis: o período inicial que é caracterizado por sinais de antecipação, percepção ou demonstração da mudança; o período intermédio que se caracteriza por sinais de instabilidade, confusão e aflição e o período final que é caracterizado pela estabilidade. Ainda segundo Messias (2004, citado por Castro, 2007), “Os acontecimentos críticos podem associar-se ao início da transição, podendo no entanto ocorrer também noutros pontos da transição. Saber como identificar, facilitar, promover e apoiar os pacientes nestes momentos críticos, é a chave para a prática de uma enfermagem baseada no marco das transições” (p. 40-41).

Na nossa perspetiva é essencial uma equipa de enfermagem sensível ao processo de vinculação para prestar cuidados de qualidade a estes casais. Verificando que os conhecimentos da PB eram pobres nesta área, também esta população foi sensibilizada para as vantagens da interação precoce na tríade, assim como das dificuldades que o parto prematuro implica na vinculação entre os pais e o RN internado na UCIN.

A teoria da vinculação, também designada por teoria do apego foi desenvolvida por Bowlby na década de 1950. Bowlby interessou-se desde muito cedo pela transmissão intergeracional das relações de vinculação e acreditou que era possível ajudar as crianças ajudando os seus pais. Segundo este autor, qualquer comportamento que a criança adote com o objetivo de criar ou manter a proximidade com a figura de vinculação, constitui um comportamento de vinculação. Nesta perspetiva, o vínculo da criança com a mãe, tem uma função biológica que lhe é específica, tendo como resultado previsível a proximidade com a mãe.

Ainsworth deu continuidade ao trabalho de Bowlby e identificou os diferentes padrões de apego através da “situação estranha”, que resumidamente consiste, numa série de sete episódios em laboratório: a criança, inicialmente, está com a mãe, depois, com a mãe e um estranho, sozinha com o estranho, reunida à mãe; sozinha; e, depois, de novo, reunida com o estranho; e, então, com a mãe. As reações das crianças a essa

situação foram classificadas em três tipos: seguramente apegados à mãe (70% da amostra); ansiosamente apegados à mãe e esquivos (20% da amostra); e ansiosamente apegados à mãe e ambivalentes (10% da amostra). O estabelecimento dos distintos padrões de apego vai depender, em grande parte, da sensibilidade materna às necessidades infantis, assim como, a capacidade da criança de usar a mãe como base segura, a partir da qual explora o mundo e para onde retorna em situação de perigo ou angústia. Citando Bowlby (1969), Frias (2009), salienta o estudo que o autor faz ao longo das diferentes fases de vida da criança, onde menciona que “o desenvolvimento da vinculação é uma experiência que se constrói ao longo da vida, iniciando-se mesmo na gravidez e é resultante de acontecimentos psicológicos e fisiológicos que decorrem desta e pressupõe que os padrões de relação mãe/filho acontecem, em grande parte, devido às características maternas, principalmente à sensibilidade da mãe” (p.72). O comportamento de vinculação leva ao estabelecimento de ligações afetivas ou vinculações, inicialmente entre a criança e a figura parental (mais frequentemente a mãe) e mais tarde com outras figuras, sendo o modo como este comportamento se estabelece durante a infância que vai determinar os estilos de vinculação futuros, nomeadamente na parentalidade. Segundo Guedeney & Guedeney (2004), qualquer pessoa que detenha interação social viva e durável com o bebé, respondendo acessivelmente aos seus sinais e aproximações, é suscetível de se tornar uma figura de vinculação. As figuras de vinculação podem ser várias, sendo hierarquizadas em função dos cuidados prestados ao bebé e da qualidade das suas características.

Os pais, como já referimos, desenvolvem comportamentos de vinculação com o feto, e após o nascimento, o contato físico entre a mãe e o RN pode aumentar os sentimentos positivos já existentes para com o bebé. Klaus e Kennel (2000), referem que o início da vinculação é anterior à concepção. Começa com a ideia de ter um filho, planeando a gravidez, passando pelas fases da sua confirmação e aceitação, pela percepção dos movimentos fetais e aceitação do feto como indivíduo. Após o nascimento, dá-se a continuidade deste processo através da visualização do bebé, da percepção do choro e do primeiro contato cutâneo, sendo a prestação de cuidados importante na consolidação dos laços afetivos.

Klaus e Kennel (2000), defendem que após o parto existe um período sensitivo, durante o qual a capacidade de envolvimento emocional dos pais aumenta, verificando-se interações complexas entre mãe e bebé, que reforçam a ligação afetiva. Assim, introduziram o termo *bonding* “ para nos dar conta de um vínculo único, específico e

duradouro, que se estabelece desde os primeiros contactos entre a mãe e o bebé”. O período de pós parto imediato, constitui um momento crítico na formação do *bonding*, que é facilitado pelo sistema hormonal da mãe e pela presença do bebé (Figueiredo, 2005). Este contacto único não deverá ser interrompido, mas sim continuado com o envolvimento, pelo contacto íntimo pele a pele, o cheiro do leite da mãe, a visão da face e a audição dos sons da voz dos pais, num ambiente caloroso, como referem (Brazelton & Cramer, 2004; Ramos, 2004).

O *bonding* é influenciado por múltiplos fatores, de etiologia biológica, psicológica e sócio-cultural, respeitantes à gravidez, parto e ao pós-parto imediato. Estes fatores dizem respeito a cada um dos elementos do casal e ao bebé, Figueiredo (2003). Vários estudos empíricos mostram que as mães que têm uma representação segura da vinculação, demonstram maior envolvimento emocional com o bebé, estabelecendo interações mais adequadas com ele.

O apoio do companheiro é muito importante no estabelecimento do vínculo da mãe para com o bebé, pois as mães que possuem relações mais positivas e íntimas com os companheiros e beneficiam de maior apoio por parte dos mesmos, têm geralmente um envolvimento mais favorável com o bebé, Isabella (1994, citada por Figueiredo, 2003; Frias, 2009).

O tipo de parto também pode influenciar o *bonding*. Um parto pré-termo não é sentido como gratificante para a mulher, pois tem início de forma abrupta, sendo distócico por cesariana, fórceps ou ventosa e sem a presença do pai (ou outra pessoa significativa) a acompanhar a grávida. Estudos realizados por Gitau, Menson, Pickes, Fisk, Glover & MacLaren (2001, citados por Frias 2009) demonstraram que os partos distócicos podem comprometer negativamente a disponibilidade para o estabelecimento da interação entre mãe e filho pelo *stress* que acarretam para ambos. Para além disso, o afastamento imediato do RN para a UCIN impede o contato no pós parto imediato entre a mãe e o bebé. Podemos concluir que o *bonding*, reforça o apego nos pais que já iniciaram a vinculação pré-natal (VPN) ou poderá para alguns pais, constituir o início dos sentimentos de apego. Contudo, como nos diz Salvaterra (2007, citando Brockington, 1996) a relação de vinculação que a criança vai construindo nos primeiros anos de vida pode ocorrer mesmo que não exista esse contacto precoce entre os pais e o RN.

3.3. Estudos sobre Programas de Intervenção com a População Alvo

A revisão da literatura foi essencial à elaboração do projeto de intervenção e à redação deste relatório. Para Fortin (2009), “uma revisão da literatura apresenta um reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Examinam-se estas publicações para levantar tudo o que se reporta com a questão de investigação (...) e apreciar ao mesmo tempo as relações estabelecidas entre os conceitos, os resultados obtidos e as conclusões.” (p. 87).

São múltiplos os trabalhos produzidos por enfermeiros e outros técnicos da saúde, da educação e da assistência social referentes à prematuridade, transição para a parentalidade e vinculação, palavras-chave utilizadas na pesquisa. Desta forma, abordamos aspetos que consideramos fulcrais nestas temáticas, não sendo nosso propósito uma revisão exaustiva da literatura.

Entre os fatores que contribuem para o aumento do número de partos pré-termo contam-se fatores biomédicos de causa materna e/ou fetal (Souza, Araújo, Azevedo, Jerónimo, Barbosa & Sousa, 2007; Martinet, 2008), fatores socioeconómicos e demográficos e fatores psicológicos (Campos, 2000; Correia & Linhares, 2007; Martinet, 2008). Entre os fatores biomédicos, os mais frequentes são: Interrupções de gravidez no passado, ou tentativas mal sucedidas de interrupção voluntária na gravidez atual, prematuridade anterior, gravidez gemelar, infeções maternas ou fetais, anomalias e malformações uterinas, alterações e malformações cromossómicas e/ou congénitas do feto e as patologias maternas entre as quais: hipertensão arterial, diabetes, problemas cardíacos e obesidade (Baião, 2009).

Para Botelho & Leal (2001), os fatores demográficos relacionam-se com raça e etnia maternas, tendo as mães africanas o risco mais elevado de parto prematuro. Nos fatores socioeconómicos são exemplos as gravidezes não vigiadas e mal vigiadas e o baixo nível socioeconómico e a pobreza. Gama, Macedo, Marra, & Silva citados por Baião (2009), referem o consumo de tabaco, álcool e outros tóxicos como fatores facilitadores do parto prematuro. Associados ao baixo estatuto socioeconómico estão a alimentação desequilibrada, baixa estatura e baixo nível educacional. Também a idade materna nos limites da idade fértil (inferior a 18 anos ou superior a 35/40 anos) e condições de vida adversas à situação de gravidez contribuem para os nascimentos pré-termo (Ashdown-Lambert, 2005).

Estudos retrospectivos mostram que os fatores psicológicos relacionados com o parto pré-termo são “número de acontecimentos de vida stressantes, nível de ansiedade, atitude materna durante a gravidez, apoio familiar e dos amigos e, maturidade psicológica” (Campos, 2000, p.21). Estes estudos podem ser contaminados pelo trauma do parto prematuro, enquanto os estudos prospetivos, em pequeno número, chegaram a conclusões contraditórias entre si.

A ansiedade e *stress* da mãe são referidos como os fatores psicológicos responsáveis pelo maior número de partos prematuros, sendo a atitude adotada pela grávida face à gravidez um fator importante a ter em consideração. Se uma gravidez é vivida com extrema ansiedade pela mulher, existe um risco mais elevado de complicações e de se despoletar um parto pré-termo (Martinet, 2008). Este autor associa o parto prematuro à ideia de que estas mulheres a um nível mais ou menos consciente, têm ausência de desejo de serem mães e de gerarem um filho. Botelho & Leal (2007), não partilham desta opinião, concluindo no seu estudo que a personalidade da mãe em risco de prematuridade se caracteriza pela elevada assertividade, maior dominância e atividade que a generalidade da população portuguesa. Estas mulheres reúnem um conjunto de características valorizadas pela sociedade onde o papel de profissional compete com o papel de mãe, tornando-se a gravidez demasiado longa. Outros estudos comparam a personalidade da mãe prematura ao das mulheres com historial de abortos repetidos (Cabeças, 2000) e à personalidade da mulher com antecedentes de infertilidade (Cabral, 2001).

Prisco & Santos (2004), num estudo de caráter descritivo, exploratório e transversal com grávidas internadas por APPT no SMMF da MAC detetaram que as necessidades de formação das grávidas foram: desenvolvimento gestacional; competências do feto e do RN pré termo; papel da mãe como prestadora de cuidados durante o internamento do RN pré termo; manutenção das necessidades básicas do RN pré termo; cuidados especiais ao RN pré termo e consequências da prematuridade. Existindo um diagnóstico de situação elaborado numa amostra semelhante à nossa PA, utilizamos os resultados do mesmo e, determinámos junto dos enfermeiros do SMMF (PB), a sua necessidade de formação nas referidas temáticas.

No estudo sobre o *stress* parental na prematuridade, Baião (2009) verifica que esse *stress* está relacionado com variáveis sociodemográficas das mães (idade, etnia e número de filhos), com variáveis relativas à gravidez (gravidezes anteriores, gravidez planeada, preferência pelo sexo do bebé e normalidade com que decorreu a gravidez),

ao parto (complicações), e com o peso do bebê à nascença. As mães mais velhas e as que têm mais filhos percebem o bebê como mais exigente. São as mães mais velhas que apresentam mais sintomas depressivos, enquanto as mães africanas sentem mais *stress* associado à aceitação e às características do bebê. Relativamente à gravidez, a percepção de mais *stress* relaciona-se com as características da criança, como a sua dificuldade em se adaptar a ambientes distintos, associada com a gravidez ter sido planeada, com ter preferência pelo sexo do bebê, se a gravidez decorreu normalmente ou se houve complicações maternas durante o parto. As mães com gravidez de risco e com gravidezes anteriores sentem o desempenho do papel parental menos reforçado pelo bebê. As mães que tiveram preferência pelo sexo do bebê referem maior nível de *stress* com as características de humor da criança e mais dificuldades na vinculação. O baixo peso à nascença pode ser fator de risco para o *stress* experimentado em áreas como a exigência, depressão e isolamento social. Constatou que o nível de *stress* parental experimentado é idêntico nas mães e nos pais de bebês prematuros, mas enquanto as mães tendem a dar como explicação para o *stress* experimentado no desempenho do papel parental as suas próprias características, os pais atribuem-no às características do bebê. As mães percebem o *stress* parental de acordo com a interação estabelecida com o bebê. Concluiu também com surpresa, que as mães de bebês prematuros apresentam níveis mais baixos de *stress* parental que o grupo de mães de bebês de termo da mesma idade. Verificou-se que o *stress* parental se relaciona com a percepção das mães e dos pais sobre a prematuridade, com a autoconfiança na sua competência para cuidar e responder adequadamente às necessidades do bebê prematuro.

Argimon & Schmidt (2009, citando Correia & Linhares, 2007; Frizzo & Piccinini, 2007), referem que o nível de ansiedade e depressão materna é importante para a identificação de riscos na saúde mental da gestante e no desenvolvimento do bebê. Importa identificar e acompanhar precocemente as grávidas com situações vulneráveis, nomeadamente, as que apresentem altos níveis de sintomas de ansiedade e depressão, baixo nível educacional, que não residem com o pai do bebê e as que usam drogas durante a gravidez.

O estudo exploratório realizado com grávidas internadas por APPT no SMMF da MAC por Santos (2009), indagou sobre a possível ligação entre a percepção de autoeficácia nas mulheres em risco de parto pré-termo e a vivência desse mesmo risco; acerca das expectativas das grávidas perante a possibilidade de ter um filho prematuro e

se estas mulheres apresentam diferentes estilos de *coping* perante o internamento. Quanto à percepção da autoeficácia, esta foi elevada a nível das suas três dimensões (Iniciativa e Persistência, Eficácia Perante a Adversidade, Eficácia Social), sendo a mais elevada a dimensão da Eficácia Perante a Adversidade. A percepção, de autoeficácia nas grávidas não foram afetadas pelas variáveis: desejo e planeamento da gravidez, história de tratamento para engravidar, tempo de gravidez na data do estudo, situação de gravidez gemelar e o diagnóstico de risco. Na grávida com risco de parto iminente, constatou-se um recurso de *coping* mais elevado, relacionado com religião, reinterpretação positiva e aceitação. A expectativa de parto pré-termo relacionou-se com a vivência do risco, incluindo a gemelaridade. A descrição do bebé prematuro deu ênfase à sua capacidade de resistência seguida da aparência física. Não se verificou relação entre o parto prematuro e a percepção de autoeficácia. No entanto o perfil de *coping* das mulheres com parto prematuro difere das mulheres com parto de termo.

Atualmente é consensual existir uma ligação afetiva ao bebé que tem início e se desenvolve na gravidez, Frias (2009, citando (Klaus & Kennel, 1992; Leal,1990; Mendes, 2002), sendo essa ligação a vinculação pré-natal (VPN) segundo alguns dos referidos autores.

Constatando a escassez da investigação portuguesa no âmbito da vinculação pré-natal (VPN), Figueiredo (2007), investigou as características da vinculação de futuras mães e pais no contexto de uma gravidez com ou sem risco (patologia materna ou fetal) na gestação atual ou na anterior. Os resultados concluem que os participantes estão afetivamente envolvidos e ligados ao feto e tanto os futuros pais como as futuras mães consideram o feto um ser individual comportando-se afetivamente com ele (acariciar a barriga, falar em tom carinhoso com o feto). Existe uma VPN muito positiva, com níveis mais elevados no grupo das grávidas. Os níveis de VPN são significativamente mais baixos no grupo de mães e pais toxicodependentes, seguidos das grávidas em idade tardia (apenas as que já são mães). Todavia, não existe um padrão de evolução concordante entre a VPN e a idade materna/paterna, verificando-se que os níveis de VPN aumentam com a idade gestacional. No grupo dos pais, os níveis de VPN são mais elevados nos que vão ser pais pela primeira vez. Já entre as mães, não existem diferenças entre as primíparas e as múltiparas. Tão pouco foi encontrada uma relação entre as variáveis profissão, nível de escolaridade e estado civil com os níveis de VPN.

Camarneiro (2012), refere que a VPN é influenciada pelas variáveis psicológicas, pela idade e pelo planeamento da gravidez. A VPN materna e as

características sociodemográficas não influenciam a ocorrência de patologia obstétrica, tipo de parto, idade gestacional e saúde do recém-nascido. A sensibilidade interpessoal materna e o *coping* pedido de ajuda influenciam a ocorrência de patologia obstétrica. No entanto, a vinculação pós-natal não é afetada pelas variáveis psicológicas, sociodemográficas e clínicas. Após o nascimento, a vinculação paterna ao bebê aumenta enquanto os níveis de vinculação se mantêm nas mulheres; a satisfação conjugal diminui no casal e há mais risco psicológico nas mulheres.

Vieira (2005), no estudo “Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: o caso da prematuridade” refere que a dimensão bebê é central na compreensão do processo de transição para a parentalidade. A aparência física e as competências interativas do bebê têm repercussões a nível individual, parental e na organização e funcionamento do casal e do sistema familiar. Nas mães, a relação parental está patente em todo o processo desde a gravidez ao pós alta do bebê prematuro, destacando-se a importância do papel do cônjuge como principal elemento de apoio emocional e depois como suporte instrumental nos cuidados ao bebê e nas tarefas domésticas. Os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, no contexto hospitalar têm um papel crucial na configuração do papel maternal, e na compreensão que podem proporcionar da situação. O papel dos profissionais é valorizado pelo casal, em especial pelo contributo na compreensão da situação de crise que vivencia. Nos pais a relação conjugal é o mais valorizado inicialmente, emergindo gradualmente a relação parental.

3.4. Recrutamento da População Alvo

A população alvo A é constituída pelas grávidas internadas no SMMF da MAC e seus companheiros, que obedecem aos seguintes critérios de inclusão:

- Gravidez com risco elevado de parto prematuro por situação materna e/ou fetal;
- Idade gestacional igual ou superior a 24 semanas e inferior a 35 semanas, exceto quando o peso fetal estimado for inferior a 1800g em gravidezes de idade igual ou superior a 35 semanas;

- Pelo menos um dos membros do casal deve compreender e falar corretamente o português ou inglês;
- Existência de patologia fetal que implique a necessidade de cuidados especializados neonatais após o nascimento, como são exemplos as cardiopatias congênitas.

A população B é composta por todos os enfermeiros da área da prestação de cuidados do SMMF da MAC.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Os objetivos gerais são enunciados de intenções que descrevem os resultados esperados e considera que os objetivos específicos resultam da desmultiplicação de um objetivo geral (Mão de Ferro, 1999). Na definição de Imperatori & Geraldles (1993), os objetivos são o “enunciado específico de uma condição que se deseja alcançar de um modo concreto, no tempo e no espaço e envolve a definição concreta do esforço e dos meios necessários para o conseguir” (p.114).

4.1. Objetivos de Intervenção Profissional

Sensibilizados para a problemática, fizemos pesquisa bibliográfica que nos orientasse quanto à direção a seguir, quais as implicações da vivência da gravidez com expectativa de parto pré-termo para o casal e para a tríade, e quais os meios ao nosso alcance para intervir, minimizando a problemática e em simultâneo elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem. A reflexão sobre a complexidade da situação levou-nos á definição do objetivo geral do projeto: Facilitar a aquisição de competências pelo casal grávido, a favor da vinculação perante o recém- nascido prematuro.

Durante os nove meses de gravidez existe uma adaptação física e psíquica ao feto em desenvolvimento, tempo ao fim do qual os pais se sentem preparados física e psicologicamente. Os pais sentem-se perdidos e incompletos quando este período é abreviado, nomeadamente através de um parto prematuro (Brazelton & Cramer, 2004). Daí, na literatura consultada, designarem estes pais, como pais prematuros.

Os recém-nascidos prematuros necessitam de cuidados especiais imediatos que os distanciam fisicamente dos pais, pondo em risco o processo de vinculação, já que a interação pais-bebé, com os estímulos e as respostas na tríade são adiadas para tempo incerto. Citando Barros (2006b) “(...) o bebé que no parto normal funciona como um elemento fundamental na estimulação das atitudes interativas e reforçador dos comportamentos e emoções de vinculação, apresenta-se aqui como um parceiro claramente diminuído, vulnerável e pouco competente” (p.305). Assim, torna-se vital preparar os pais, proporcionando-lhe cuidados de qualidade de forma a minimizar o choque inicial e em simultâneo, fornecer-lhes competências no domínio da

prematuridade e da parentalidade, no sentido de os preparar para a realidade que se aproxima.

Os pressupostos mencionados justificam o porquê do objetivo geral do projeto.

Definimos três objetivos específicos, resultantes da desmultiplicação do objetivo geral:

1 - Orientar os pais para as características/competências do recém-nascido, de acordo com a idade gestacional ou baixo peso ao nascer;

2 - Capacitar os enfermeiros do Serviço de Medicina Materno-Fetal para a facilitação da aquisição de competências, de vinculação, pelo casal grávido perante o RN prematuro;

3 - Elaborar protocolo da visita pré-natal dos pais à UCIN.

Orientar os pais para as características/competências do recém-nascido, de acordo com a idade gestacional ou baixo peso ao nascer, surgiu como uma das metas a atingir no processo de aquisição de competências do casal a favor da vinculação perante o bebê prematuro.

A imagem idealizada pelo casal de um bebê gordo e sorridente, vai ser frustrada pela realidade da prematuridade. Após o nascimento é normal os pais fazerem o luto pelo bebê imaginário para se reconciliarem com o bebê real, mas no caso do RN prematuro o desequilíbrio entre o bebê real e o imaginário é muito mais profundo, gerando um impacto traumático na autoestima dos pais que se culpam de não terem concebido o “bebê perfeito” (Brazelton & Cramer, 2004). Quanto maior for a prematuridade maior será a diferença na aparência e no comportamento com um bebê de termo, dificultando a vinculação. Os RN prematuros têm o seu potencial relacional comprometido pela imaturidade orgânica e sistêmica (atrasos motores, *deficits* na diferenciação e manutenção dos estados de sono e alerta, contato visual, etc.), o que aliado a uma aparência magra e frágil, os torna pouco gratificantes para os pais. Contrariamente aos bebês de termo, os prematuros são menos atentos e responsivos, têm mais dificuldade em fixar o olhar, sorriem e vocalizam menos, tendo um choro aversivo que desperta nos pais a mesma reação fisiológica dum estado emocional negativo (Barros, 2006b). A imaturidade do sistema nervoso central confere ao RN prematuro pouco controlo sobre os movimentos, apresentando tremores dos membros e assuntando-se com facilidade. Esta imaturidade traduz-se num comportamento instável, imprevisível e desorganizado, marcado pela ausência ou presença ténue de indícios das

necessidades de cuidados, podendo não chorar com fome ou apresentar agitação motora quando são cuidados (Barros, 2006a).

Torna-se premente orientar os pais para as características, competências e vulnerabilidades do feto associadas a cada idade gestacional, assim como da possibilidade de intercorrências relativas à prematuridade. Pela grande imaturidade dos seus sistemas orgânicos, o RN prematuro pode ter complicações em vários órgãos e sistemas nomeadamente: problemas respiratórios; problemas cardíacos/ persistência do canal arterial; lesões cerebrais; problemas oculares – retinopatia da prematuridade; surdez, infecções – sépsis; problemas intestinais - enterocolite necrosante; anemia; bradicárdia; hipotensão; icterícia; hipo/ hiperglicémia; dificuldade na regulação da temperatura, com consequente hipotermia; fragilidade capilar/hemorragias intra-ventriculares (Guimarães, 2007, Santos, 2009).

É incontornável informar os futuros pais sobre a possibilidade de complicações associadas à prematuridade, no entanto é necessário ter muita sensibilidade na forma de o fazer. É importante transmitir a informação que o casal esteja preparado para assimilar nesse momento, mantendo a esperança num desfecho positivo, sem lhe assegurar que o bebé fica sem sequelas. O desenvolvimento desta temática, assim como as implicações futuras da prematuridade a nível do desenvolvimento da criança, encontra-se na ação de formação “O Feto e o Recém-nascido Prematuro” (Anexo C).

As implicações do parto prematuro no futuro do (s) filho (s) constituem outra das grandes preocupações dos pais. Efetivamente são vários os autores que descrevem os problemas que podem interferir no desenvolvimento destas crianças: défices sensoriais e mentais; dificuldades psicomotoras, problemas emocionais e de comportamento; problemas ao nível da linguagem; dificuldades sociais e de relacionamento com os pares; dificuldades no funcionamento cognitivo e de aprendizagem; perturbações do sono e perturbações alimentares (Ashdown-Lambert, 2005; Carvalho *et al.*, 2011; Linhares *et al.*, 2000; Martinet, 2008). Outros estudos concluíram que as crianças prematuras têm um risco 10 vezes superior de desenvolverem problemas ao nível do funcionamento mental, paralisia cerebral e surdez (Novello *et al.*, 1992, cit. por Linhares *et al.*, 2000). As crianças, com baixo peso à nascença e idade gestacional inferior a 37 semanas, apresentam um QI mais baixo em comparação com crianças de termo (Sansavini *et al.*, 1996, cit. por Botelho & Leal, 2001). Também Keltikangas-Järvinen *et al.* (2007), refere as crianças prematuras

apresentam menor capacidade cognitiva e mais problemas de memória e de atenção, comparadas com bebês de termo.

Os *déficits* associados à prematuridade são muitas vezes temporários e transitórios, no entanto, se a criança não for estimulada pelos pais, podem manter-se ou agravar-se ao longo do seu desenvolvimento. Barros (2008, citando Seabra-Santos, 2006) alerta-nos para o fato de a mãe não estimular a criança se não o reconhecer como apto para a interação, o que diminui a oportunidade do bebê demonstrar as suas capacidades, reforçando na mãe as crenças de incompetência do mesmo. Apesar destas dificuldades interativas entre os pais e o bebê internado na UCIN, Camarheiro *et al.* (2009) no estudo sobre interação mãe-bebê prematuro numa UCIN, verificaram que “ (...) as díades estabelecem interações positivas e adequadas; a mãe é quem mais contribui para a interação na situação face-a-face; existe relação positiva e significativa entre os comportamentos interativos da mãe e do filho; os comportamentos interativos do bebê prematuro com a mãe aumentam com a idade materna, com o nível socioeconómico da mãe e com o tempo de internamento” (p. 53).

Capacitar os enfermeiros do SMMF para a facilitação da aquisição de competências de vinculação pelo casal grávido perante o RN prematuro, tornou-se fulcral, pois para atingir o objetivo geral é imprescindível o envolvimento da equipa de enfermagem na sua consecução. Foi necessário auscultar individualmente o grau de motivação e as necessidades de formação de cada enfermeiro, de forma a capacitá-los para responder com eficácia às necessidades do casal grávido. Refletimos na forma de atingir este objetivo e programámos duas ações de formação, descritas no capítulo seguinte. Não esquecendo que cabe ao enfermeiro o papel de educador junto destes casais, parafraseamos Frias (2009), “o papel do educador é de crucial importância no acompanhamento das grávidas e seus companheiros e consiste em ouvir, compreender e refletir com eles sobre as suas dúvidas, sem tentar impor os próprios valores socioculturais” (p.24).

Elaborar o protocolo da visita pré-natal dos pais à UCIN constituiu outra das formas de aproximar os pais da realidade da prematuridade. A visita à Unidade de Neonatologia constitui na nossa perspetiva, uma ferramenta importante no processo de vinculação do casal ao recém-nascido prematuro. Partimos da nossa perceção baseada na prática diária de cuidados à PA e inquirimos junto de Associações de Apoio a Pais de Prematuros, a nível nacional (Associação XXS) e a nível internacional (*BLISS*). As associações de apoio aos prematuros desempenham um papel de destaque junto dos

pais, que sentem uma forte ligação psicológica com os seus membros. Favorecem as mudanças e ajustes dos pais a nível cognitivo, emocional e comportamental, pelo reforço das estratégias de *coping*, através da similaridade das vivências experienciadas (Redman, 2003). A associação de apoio aos prematuros com maior representatividade a nível do Reino Unido (*BLISS*), define-se “*for babies born too soon, too small, too sick*”. Tivemos conhecimento por esta organização que as Políticas de Saúde para o Reino Unido, publicadas em 2010, pelo *Department of Health's publication: Toolkit for High Quality Neonatal Services* especificam que quando for previsível uma admissão na Unidade Neonatal, deve ser proporcionada uma oportunidade pré-natal à família para visitar a unidade e conhecer os profissionais. Esta constitui uma forma de conhecer “in loco” o ambiente da UCIN, o seu funcionamento, visualizar os RN prematuros e observar os pais em interação com os mesmos e com a equipa de saúde.

O recém-nascido prematuro devido à sua imaturidade orgânica, necessita de ajuda médica e tecnologia sofisticada da UCIN para a sua sobrevivência e desenvolvimento, no máximo potencial de saúde possível. As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais são definidas como serviços de saúde altamente especializados, com uma equipa de saúde multidisciplinar, apoiada pela mais recente e avançada tecnologia e medicação (Barros, 2006a). O seu ambiente tecnologicamente desenvolvido pode ser intimidatório e assustador para os pais, causando-lhes ansiedade pela visão de tantos tubos e fios a envolverem o seu bebé. Por outro lado, o equipamento sofisticado e a presença de equipas de saúde especializadas podem fazer-lhes sentir que têm pouca utilidade para o bebé, já de si pouco competente para o processo de interação com os pais. O internamento do RN prematuro na UCIN constitui um percurso difícil para a criança e família, sendo percecionado pelos pais como “uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente de prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não têm nenhum controlo, e no qual são frequentemente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de técnicos” (Barros, 2006b, p.304).

A necessidade de elaborar um protocolo de visita dos casais entre o SMMF e a Unidade de Neonatologia prende-se com a uniformização de oportunidades aos casais e descreve um procedimento a ser seguido por todos os profissionais. O objetivo da visita à UCIN é familiarizar os pais com a tecnologia da UCIN e com o Recém-nascido pré termo. O protocolo (Anexo D) foca vários pontos, entre os quais: a população alvo; procedimentos antes da visita; horário da visita; acompanhamento do casal e registos.

4.2. Objetivos a Atingir com a População Alvo

Para atingir os objetivos com as populações alvo (PA) e (PB), foram planeadas estratégias com dois propósitos. Pretendemos não só proporcionar aos casais conhecimentos sobre as características e competências do RN prematuro, mas também proporcionar formação aos enfermeiros que lhes permita um melhor acompanhamento dos futuros pais. Assim, através da apresentação do álbum seriado (Anexo E) e da visita à Unidade de Neonatologia, realizada com protocolo, foi possível a preparação dos pais para o encontro com o filho prematuro e com a Unidade de Neonatologia. A formação aos profissionais de enfermagem permitiu-lhes a aquisição de novas competências no cuidar de casais em risco de parto prematuro. Neste momento, está a ser proposta de forma sistemática, a todos os todos os casais com elevado risco de parto prematuro, a possibilidade de visitar a UCIN ou, na sua impossibilidade (grávidas em repouso absoluto no leito), a formação através do álbum seriado, com vista a aproximar os futuros pais da realidade que os pode esperar.

Consideramos que atingimos todos os objetivos a que nos propusemos no projeto de intervenção.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Ao contextualizar a grávida internada com elevado de risco de parto pré-termo, existem vários fatores que contribuíram para alterar o seu equilíbrio físico e mental. São fatores físicos (relacionados com a situação clínica), fatores psicológicos (abordados anteriormente), fatores socioeconómicos (afastamento das relações e isolamento social; situação laboral), de ordem familiar (alteração da dinâmica familiar e do relacionamento conjugal) e de ordem cultural e religiosa (pela falta de privacidade).

Os enfermeiros e em especial os EESMO, pela natureza dos cuidados que prestam, devem ser sensíveis à complexidade da temática da prematuridade, e ser congruentes na deteção das necessidades do casal grávido assim como nas intervenções com os mesmos, avaliando continuamente os cuidados prestados.

5.1. Fundamentação das Intervenções

Constatamos através da nossa prática diária a ansiedade e as preocupações verbalizadas pelo casal grávido com elevado risco de parto prematuro. Indagam enfermeiros e os médicos sobre o que vai acontecer ao bebé, quais as probabilidades de sobrevivência e as consequências que podem esperar do nascimento prematuro. Inquirem sobre os tratamentos a que os bebés vão ser submetidos e quanto tempo vão ficar internados na UCIN. Muitos dos futuros pais nunca viram um RN prematuro, ou apenas visualizaram imagens fotográficas através da internet e da televisão, o que foi corroborado no estudo realizado por Prisco & Santos (2004). Desconhecem como devem agir, se podem tocar no bebé e que cuidados lhe podem proporcionar, o que dificulta a sua transição para a parentalidade. Alguns dos casais solicitam uma visita à UCIN, podendo ser efetivada de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros do SMMF e da UCIN. No entanto, este tipo de procedimento não é disponibilizado a todos os casais que podem beneficiar desse conhecimento. Verificámos que em 2011 o futuro pai foi muitas vezes impedido de visitar a UCIN durante a gravidez com risco de parto prematuro, sendo apenas permitida a visita à grávida. No entanto, sempre que ocorre um parto pré termo, é geralmente o pai o primeiro a visitar o filho internado. Braga &

Morsch (2003, citados por Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006), confirmam que o pai é o primeiro a tomar contato com a realidade do internamento do RN na UCIN, o primeiro visitante, o primeiro a conversar com a equipa e a receber informações sobre o estado de saúde do bebé e a transmiti-las à sua companheira e família.

Do contacto estabelecido com a Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro (Associação XXS), soubemos serem cada vez mais frequentes os contatos efetuados pelos pais no período pré-natal ou aquando do nascimento do bebé prematuro. Foi-nos relatado pela presidente desta associação que os casais acham vantajosa a visita à UCIN durante a gravidez no sentido de diminuir o impacto negativo aquando da visita ao recém-nascido. Os pais que não fizeram a visita porque não tiveram tempo de a fazer ou porque ninguém lha proporcionou, também verbalizaram que gostariam de a ter feito. Destas perceções e das pesquisas bibliográficas sobre a temática decidiu-se intervir junto dos casais e não só da grávida internada.

Aquando da visita ao RN prematuro a maioria das mães não está preparada física e psicologicamente para o aspeto físico do bebé e para o ambiente tecnológico envolvente, pois as suas representações mentais encontram-se muito próximas ao bebé imaginário. Scortegagna *et al* (2005, citando Botero, 2004), diz-nos que a presença do pai vai ajudar a mãe a ajustar-se ao bebé real e à relação: “É o pai que nutre sua mulher, a mãe do filho de ambos, de leite amoroso e de cuidado, leite e nutrição que poderão assegurar o desenvolvimento do bebê” (p. 63). A mesma autora, citando Levy-Shiff, 1982; Mamelle, 1990 & Wendland, 2001, diz-nos que a ausência paterna parece influenciar negativamente a mãe e o bebé, sendo referida não só como um dos fatores de risco para a ocorrência do parto prematuro mas também como um fator interveniente no desenvolvimento emocional, cognitivo e social do bebé, através do processo interativo da díade.

Todas as intervenções efetuadas e descritas neste relatório, procuraram responder aos objetivos específicos delineados no projeto de intervenção.

Os questionários aplicados ao casal grávido (Anexos F e G), analisados no próximo subcapítulo, procuraram confirmar se o casal já viu um bebé prematuro e onde; se sabe o que é uma UCIN; quais as suas principais preocupações se o bebé nascer prematuro; as necessidades de informação/conhecimentos sobre a prematuridade e qual a sua opinião sobre a visita da grávida e do casal à UCIN.

Os questionários aplicados à PB tiveram como objetivo, diagnosticar o seu grau de motivação para facilitarem a aquisição de competências pelo casal no âmbito da

prematuridade, assim como as suas necessidades de formação na temática. Da colheita dos dados emergiram duas ações de formação que englobaram as temáticas solicitadas nomeadamente: desenvolvimento fetal; competências do feto e do RN prematuro; consequências da prematuridade; manutenção das necessidades básicas do RN prematuro e papel dos pais do RN prematuro na Unidade de Neonatologia. Os temas mencionados foram apresentados aos enfermeiros do SMMF nas ações de formação “O Feto e o RN Prematuro” (Anexo C) e “O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia” (Anexo H).

A elaboração do álbum seriado surgiu da necessidade de uniformizar as informações transmitidas ao casal pela equipa de enfermagem e por outro lado, facultar aos pais uma ideia da realidade da MAC no âmbito da prematuridade. Foram utilizadas fotografias da sala do Bloco Operatório de Obstetrícia, da Unidade de Neonatologia (UCIN e UCI- RN) para tornar mais clara a informação dada relativamente aos equipamentos da UCIN, características do RN prematuro e do papel dos pais. A captação de imagens foi precedida da autorização dos responsáveis do serviço e das pessoas fotografadas. Os pais dos bebés prematuros assinaram uma declaração prévia consentindo a captação de imagens dos filhos e de si próprios. (Anexo I).

O protocolo da visita à UCIN foi elaborado para que os enfermeiros de ambos os serviços, possam proporcionar a visita a todos os casais incluídos na PA e com procedimentos uniformes.

Com a intenção de relembrar as temáticas apresentadas nas ações de formação, foi organizado um *dossier* sobre prematuridade no qual constam: as ações de formação “O Feto e o RN Prematuro” e “O RN na Unidade de Neonatologia” em suporte de papel; a legislação em vigor sobre a proteção da maternidade e paternidade; as folhas de registo dos casais que visitam a UCIN, assim como as folhas de avaliação da visita do casal à UCIN. O *dossier* também inclui o livro “Nascer prematuro. Um manual para os pais dos bebés prematuros”, para consulta de ambas as populações alvo.

5.2. Metodologias

Recorreu-se ao método de questionário para obter informações sobre as populações em estudo, PA, constituída pelos casais grávidos em risco de prematuridade e PB, constituída pelos enfermeiros prestadores de cuidados do SMMF da MAC. Foram elaborados três questionários distintos que foram aplicados a um grupo de participantes

da PA (aplicados em separado às futuras mães e aos futuros pais) e da PB, por administração direta. Segundo Quivy & Campenhoudt (2008), um questionário pode ser de «administração indireta» quando é o próprio inquiridor a preenchê-lo a partir das respostas que lhe são dadas pelo inquirido; e de «administração direta» quando é o próprio inquirido a preenchê-lo.

Questionários Aplicados aos Casais Grávidos

Os questionários foram aplicados a quarenta e um participantes, sendo vinte e três grávidas e dezoito dos respectivos companheiros, de acordo com os critérios de inclusão da população alvo. São questionários mistos, incluindo na sua maioria questões fechadas e algumas perguntas abertas. Os questionários aplicados às participantes grávidas (Anexo G) pretenderam colher dados relativos ao seu contexto sociodemográfico, história obstétrica e gravidez atual que vão ao encontro dos fatores descritos como relacionados com a prematuridade. As questões sobre prematuridade, nomeadamente: conhecimento sobre o bebé prematuro; preocupação com a possibilidade de parto prematuro; conhecimento da UCIN e as vantagens da visita à UCIN pela grávida e pelo casal, permitiram-nos aferir da adequabilidade do projeto de intervenção à população alvo. Aos companheiros das grávidas foram aplicados questionários (Anexo G) com questões idênticas aos questionários mencionados acima, diferindo na supressão das questões referentes à história obstétrica e gravidez atual; apenas indaga se já tem filhos e quantos. Mantiveram-se as questões relativas à prematuridade.

O Conselho de Administração da MAC autorizou a realização do estudo dia 31 de Janeiro de 2012 (Anexo J). Foi realizado um pré-teste dos questionários nas grávidas e nos companheiros nos dias 1 a 4 de Fevereiro não se tendo verificado necessidade de alterar o questionário, que foi aplicado até dia 25 do mesmo mês.

Questionários Aplicados aos Enfermeiros

O questionário elaborado para aplicar aos enfermeiros do serviço, é um questionário fechado, excetuando uma pergunta mista e uma questão aberta, nas sugestões (Anexo B). O questionário inclui questões para caracterização dos inquiridos e questões sobre o seu grau de motivação para aumentar as competências do casal grávido

sobre a prematuridade. Também indaga sobre a necessidade de formação em temas específicos e questiona outras necessidades, terminando com sugestões.

O grupo de participantes entre os enfermeiros não coincide com a PB porque dos dezoito enfermeiros prestadores de cuidados do SMMF, não foram aplicados questionários à autora e a um elemento ausente por atestado médico prolongado.

O questionário de administração direta foi aplicado aos participantes, com a aprovação da enfermeira chefe do serviço, entre os dias 10 e 18 de Janeiro de 2012.

Considerações Éticas

O Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009), baseia-se em princípios éticos, aplicados aos cuidados de saúde, fundamentais para a prática de enfermagem. São os princípios da Beneficência, Autonomia, Veracidade e Confidencialidade / Privacidade. Nos protocolos de investigação, os princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos são o respeito pelo consentimento, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e confidencialidade, o respeito pela justiça e equidade, o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, a redução dos inconvenientes e a otimização das vantagens. Em Portugal a Lei n.º 12/2005 de 26 de Janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde, exige a proteção de dados sobre a saúde, incluindo o dever de sigilo pela parte do titular do estudo, como profissional de saúde e como investigador.

Tendo por base estas premissas, foi elaborada a carta de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo K) que inclui a apresentação do responsável pelo estudo, o objetivo do estudo, o facto de se tratar de um estudo não financiado e os aspetos do anonimato, confidencialidade e voluntariedade. Esta carta foi apresentada e assinada por todos os participantes da PA. O Consentimento Livre e Esclarecido e os questionários foram previamente autorizados pela Comissão de Ética da MAC.

Caraterização das futuras mães

As participantes grávidas foram vinte e três, com idades compreendidas entre os 20 e os 41 anos, com uma média de idades de 30,69 anos. A figura 2 ilustra a distribuição das participantes pelas idades.

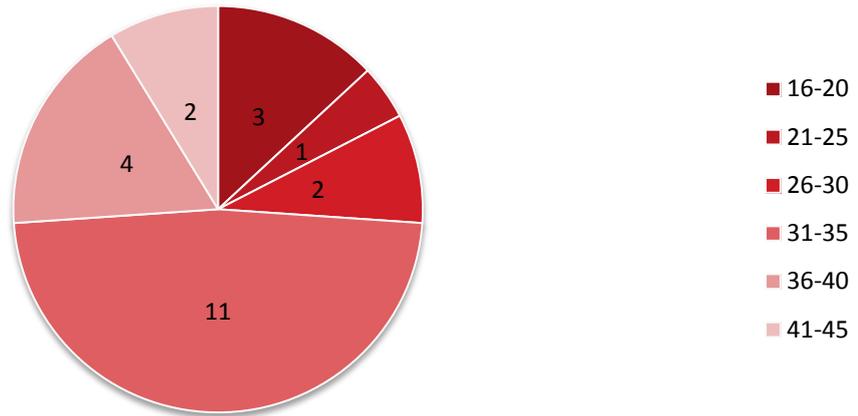


Figura 2. Distribuição das futuras mães por idades

As nacionalidades representadas pelas participantes são a portuguesa, com 19 grávidas, brasileira com 2 grávidas, a romena com uma grávida e a alemã com 1 grávida. Do grupo de participantes 19 são de raça caucasiana e 4 de raça negra. Do grupo de participantes 19 são de raça caucasiana e 4 de raça negra. As inquiridas têm habilitações académicas desde o 6º ano de escolaridade (1 grávida) ao ensino superior, que engloba a maioria das futuras mães (13) como se observa na figura 3.

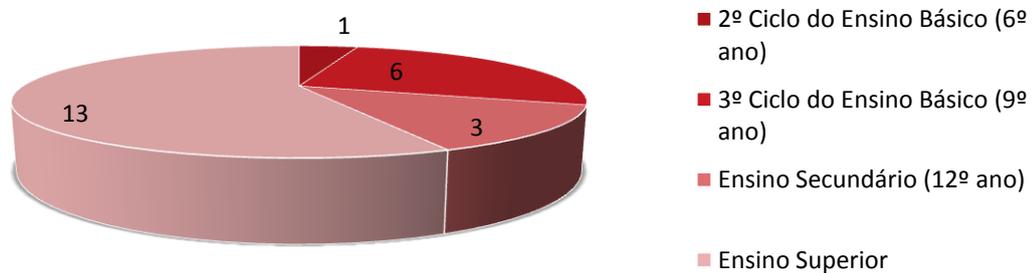


Figura 3. Gráfico da distribuição das grávidas em função das habilitações académicas

O estado civil das participantes, representado na figura 4, inclui 10 grávidas casadas, 9 solteiras, 3 divorciadas e 1 em regime de união de facto, no entanto, apenas uma das grávidas solteiras não vive com o pai do bebé, englobando-se as restantes solteiras e as divorciadas no regime de união de facto. Constatamos, que à semelhança dos futuros pais, a união de facto não é considerada como estado civil pela maioria das participantes.

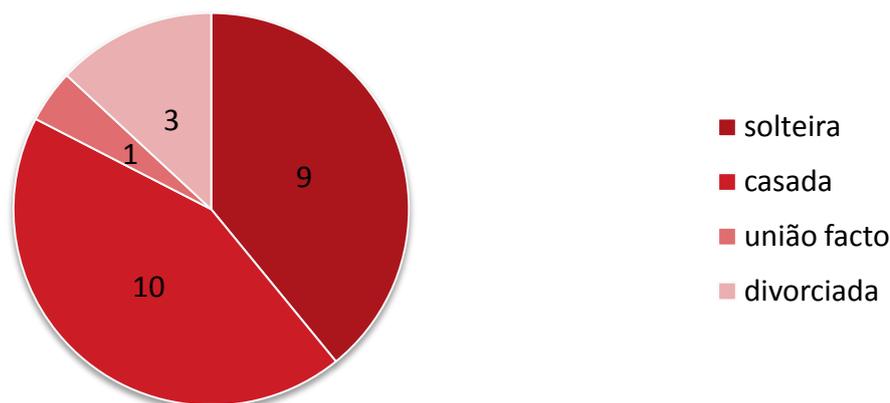


Figura 4. Gráfico da distribuição das grávidas segundo o estado civil

Da análise dos dados relativos aos antecedentes obstétricos, 15 das futuras mães já estiveram grávidas antes, enquanto 8 esperam o(s) primeiro(s) filho(s). Entre as 15 grávidas com gravidezes anteriores, o número variou entre uma e quatro gravidezes anteriores, como constatamos na figura 5. A maioria das participantes (8) teve apenas uma gravidez.

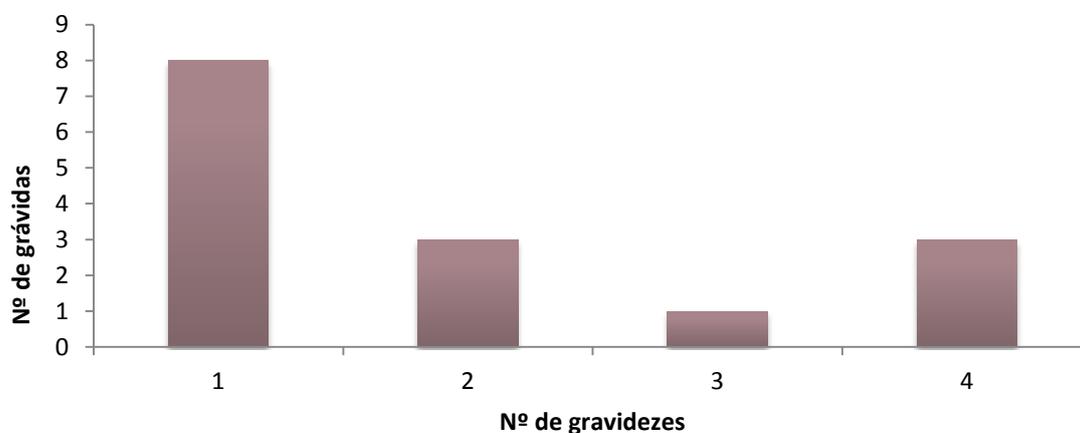


Figura 5. Gráfico do nº de gravidezes anteriores por grávida

O número de gravidezes anteriores é superior ao número total de partos mencionado pelas participantes, donde se infere que algumas destas gravidezes resultaram em abortos. A figura 6 ilustra o número total de partos por participante. Três foi o máximo de partos anteriores (referido por 2 participantes), dois foi o número de partos ocorridos em 3 participantes, no entanto a maioria das futuras mães (8) menciona apenas um parto anterior.

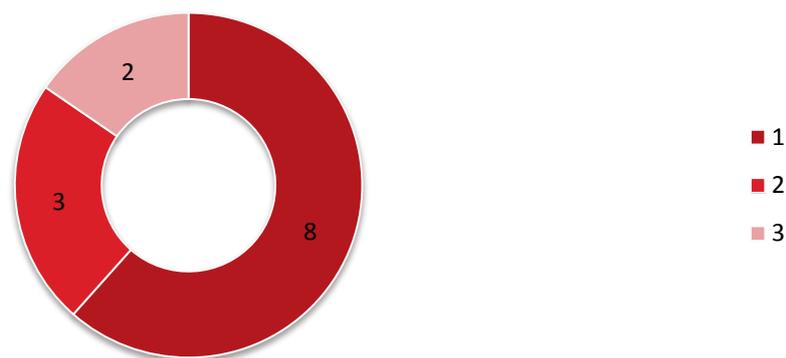


Figura 6. Gráfico do nº total de partos por grávida

A ocorrência de cesarianas anteriores foi mencionada por 5 das participantes, cada uma com uma cesariana. Das quinze participantes com gravidez anterior, 9 negam problemas nessa gravidez e 6 referem um problema na gravidez anterior. Os problemas foram: descolamento da placenta, aborto espontâneo, gravidez ectópica, internamento por diminuição dos movimentos fetais, alteração da fluxometria do cordão umbilical de um dos fetos em gravidez bigemelar e hemorragia pós parto.

O historial clínico de prematuridade anterior, existe em duas participantes, com partos de 28 e de 33 semanas de idade gestacional.

Contextualizando a gravidez atual, as idades gestacionais situam-se entre as 25 e as 34 semanas. A distribuição das 23 participantes por idade gestacional está representada na tabela 1. Constatamos que a maioria das grávidas (7) têm 31 semanas, seguidas de 4 participantes com 30 semanas, 3 das futuras mães têm 32 semanas. Duas participantes têm 27 semanas e uma participante com 25, 26, 33 e 34 semanas respetivamente.

Tabela 1. Distribuição das grávidas em função da idade gestacional

Semanas de gravidez	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Nº de grávidas	1	1	2	0	2	4	7	3	1	1

Vinte e duas das gravidezes foram espontâneas e uma resultou de Procriação Medicamente Assistida (PMA). Cinco gravidezes são gemelares, com dois fetos (entre as quais a gravidez resultante de PMA) e as restantes 18 gravidezes de feto único.

Os motivos de internamento, representados no gráfico da figura 7, prendem-se na sua maioria com APPT (12) seguidos de problemas relacionados com a placenta (5), RPM-PT (2), Pré-eclâmpsia (2), RCIU (1), útero com espessura diminuída (1) e periodontite generalizada (1).

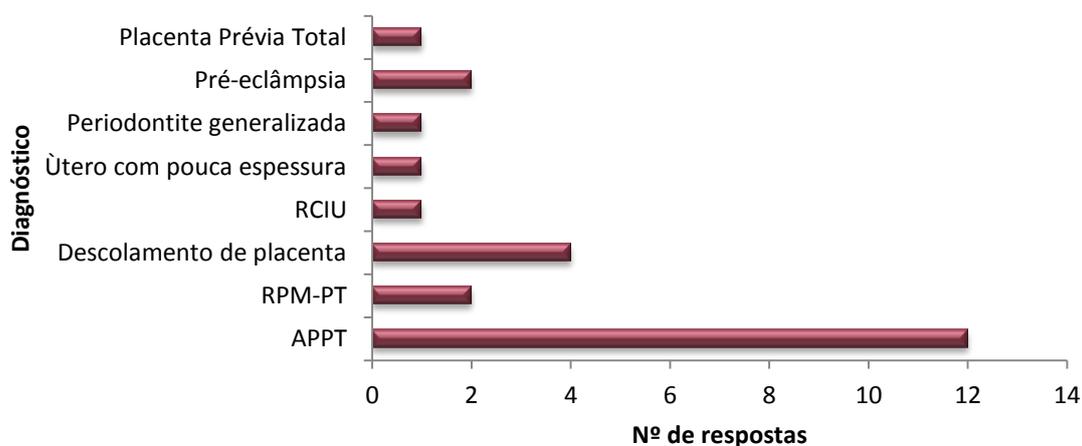


Figura 7. Gráfico dos diagnósticos de internamento

Na perceção das participantes quanto ao que é um bebé prematuro, a maioria considera que um bebé prematuro é aquele que nasce antes do tempo, não o especificando. Encontram-se respostas que consideram bebé prematuro o que nasce antes das 40, 38, 37 e 35 semanas de gestação. A característica da imaturidade orgânica é referida 9 vezes, seguida de outras características como o baixo peso, o risco elevado de sequelas e a necessidade de cuidados médicos especializados (figura 8).

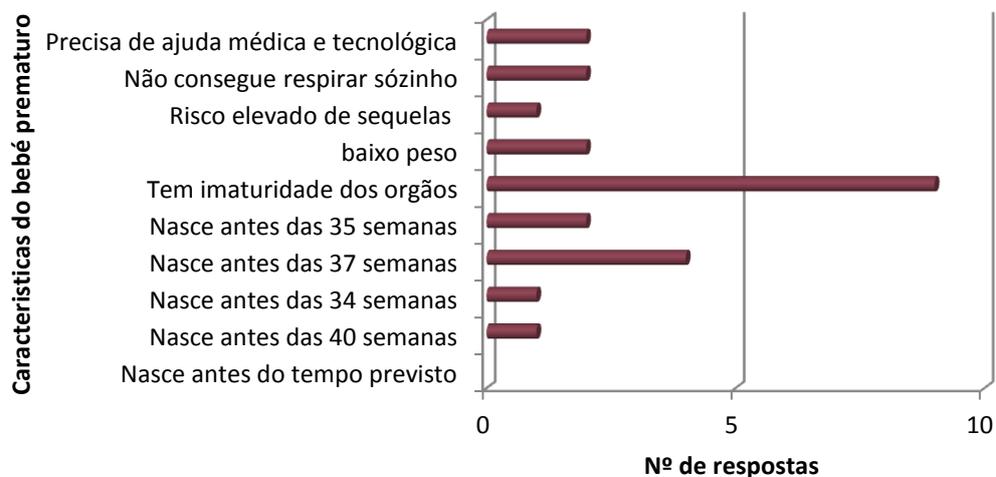


Figura 8. Gráfico das respostas das grávidas sobre o que é um bebê prematuro

Das vinte e três participantes, catorze nunca viram um bebê prematuro. Das nove que referiram já ter visto um RN prematuro, sete mencionaram locais como hospitais e maternidades e duas participantes viram na televisão e através de telemóvel e internet. Quanto ao grau de preocupação com a possibilidade do filho nascer prematuro, 5 das participantes referiram “um pouco preocupadas” e 18 mencionaram “muito preocupadas”. As preocupações mais frequentes são sequelas, estado de saúde, sobrevivência e complicações neonatais (figura 9).

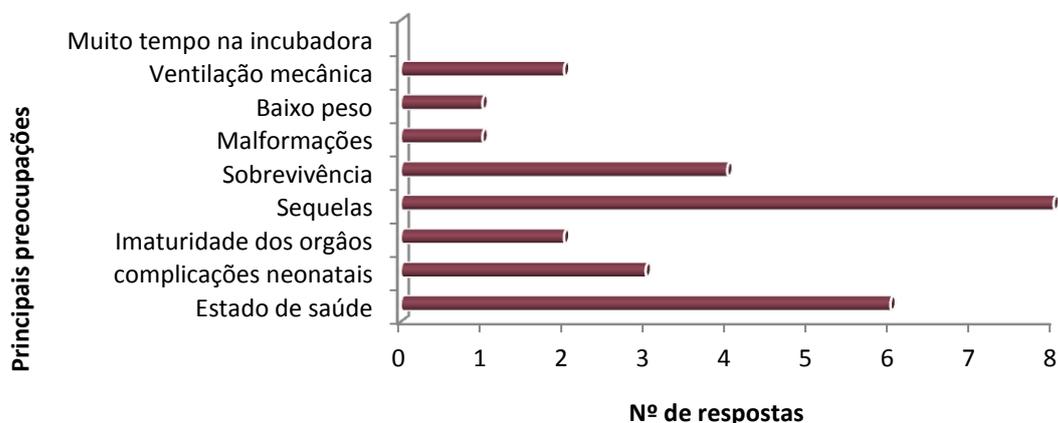


Figura 9. Gráfico das respostas das grávidas sobre o que mais as preocupa se o filho nascer prematuro

Dezoito das participantes responderam sentir necessidade de obter informações sobre a prematuridade e seis participantes negaram essa necessidade. As temáticas em que sentiram maior necessidade de informação foram as consequências da prematuridade (8 respostas) seguidas dos cuidados gerais ao bebê e “tudo” com 6 respostas cada. O papel dos pais é mencionado por 4 das grávidas (figura 10).

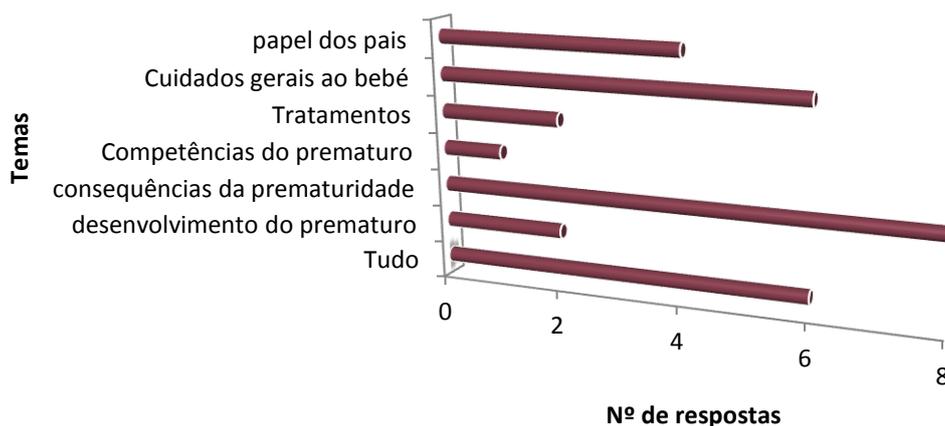


Figura 10. Respostas das grávidas sobre a necessidade de informação no âmbito da prematuridade.

Das vinte e três participantes, catorze responderam saber o que é uma UCIN e nove responderam negativamente. Destas catorze, sete já visitaram uma Unidade de Neonatologia. Vinte e uma das grávidas responderam que a grávida com risco de parto prematuro tem vantagens em visitar a UCIN e duas das grávidas responderam não saber se tem vantagens. A figura 11 mostra o tipo de vantagens apontadas pelas participantes para a visita pré-natal pela grávida em risco de prematuridade.

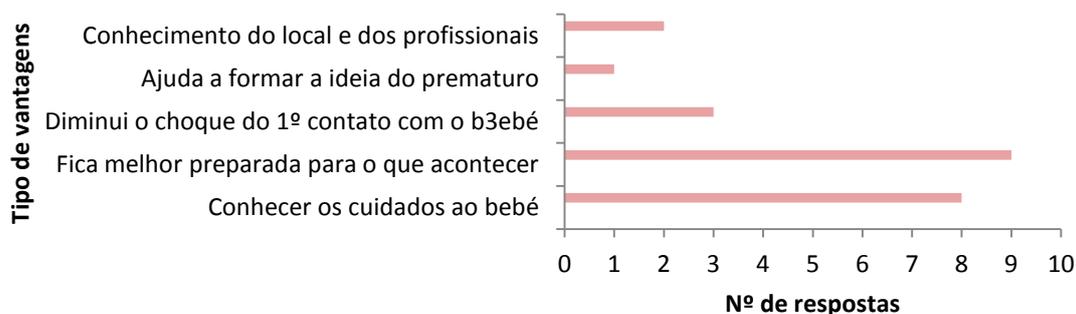


Figura 11. Respostas das grávidas sobre as vantagens da visita à UCIN

Quando se indagou das vantagens de ser o casal e não só a grávida a visitar a UCIN obtivemos respostas distintas como a aquisição e partilha de conhecimentos e cuidados pelo casal (8 respostas), a partilha de responsabilidades (8 respostas), o apoio mútuo (6 respostas), o conhecimento do funcionamento da UCIN e dos profissionais (5 respostas), a diminuição da ansiedade e do medo do desconhecido para o casal (3 respostas) e igual número de respostas para a vantagem de ambos ficarem a saber como agir, o que se relaciona com o papel dos pais.



Figura 12. Respostas das grávidas sobre as vantagens da visita do casal à UCIN.

Caraterização dos futuros pais

As idades dos dezoito participantes variam entre os 18 e os 50 anos, com uma média de idades de 34,94 anos, conforme se verifica na figura 13.

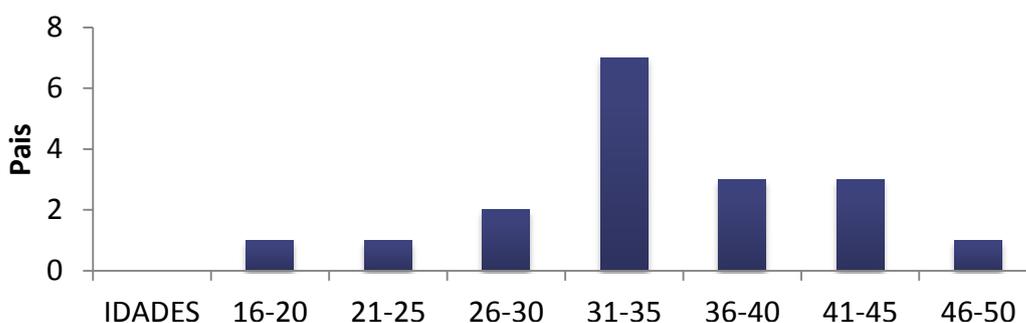


Figura 13. Gráfico da distribuição dos futuros pais em função da idade

Um dos participantes tem nacionalidade brasileira e os restantes 17, nacionalidade portuguesa. As habilitações académicas variam do 6º ano de escolaridade ao ensino superior e estão representadas na figura 14.

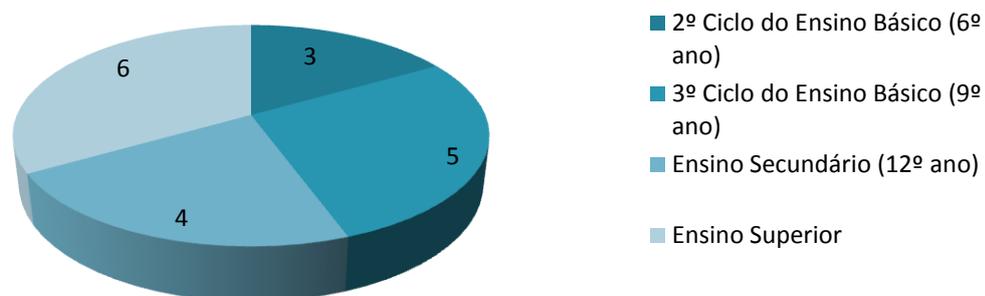


Figura 14. Gráfico da distribuição dos futuros pais em função das habilitações académicas

Os participantes definiram o seu estado civil nas categorias de solteiro, casado e divorciado, não existindo menção à união de facto. Com exceção de um dos solteiros, todos os que se integraram em “solteiros” e “divorciados” viviam em união de facto com a grávida (figura 15).

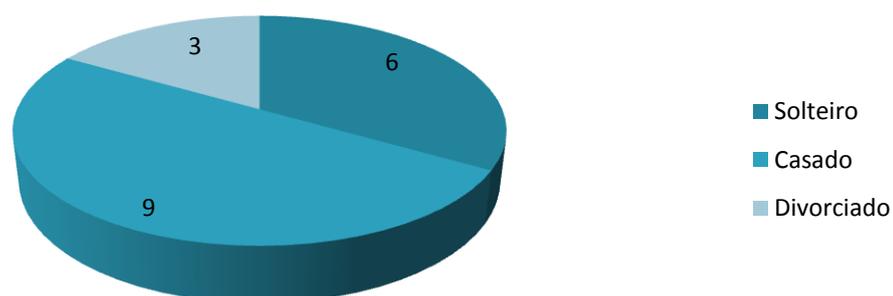


Figura 15. Gráfico da distribuição dos futuros pais segundo o estado civil

Nove dos participantes já tinham filhos e outros nove aguardam o primeiro nascimento. O número de filhos anteriores varia entre um a três. Um dos participantes tem 2 filhos; dois dos participantes têm 3 filhos e seis dos futuros pais têm um filho.

Quanto à percepção dos participantes sobre o que é um bebê prematuro, muitas das respostas integraram mais que uma característica, o que é ilustrado na figura 16.

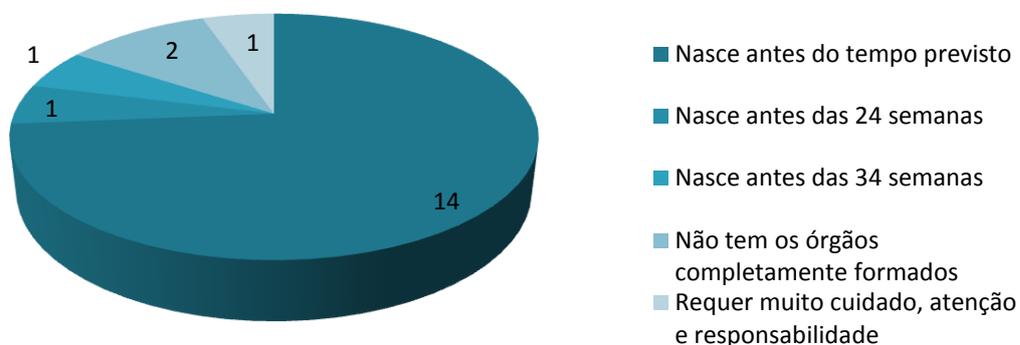


Figura 16. Gráfico das respostas dos pais sobre o que é um bebê prematuro

Dez dos participantes já viram um bebê prematuro, em hospitais e maternidades, em casa (2 dos participantes) e na televisão, um dos participantes. Quanto ao grau de preocupação com a possibilidade do bebê nascer prematuro, 6 futuros pais estão “um pouco preocupados”, enquanto 12 estão muito preocupados. As respostas às principais preocupações com a possibilidade do filho nascer prematuro estão ilustradas na figura 17.

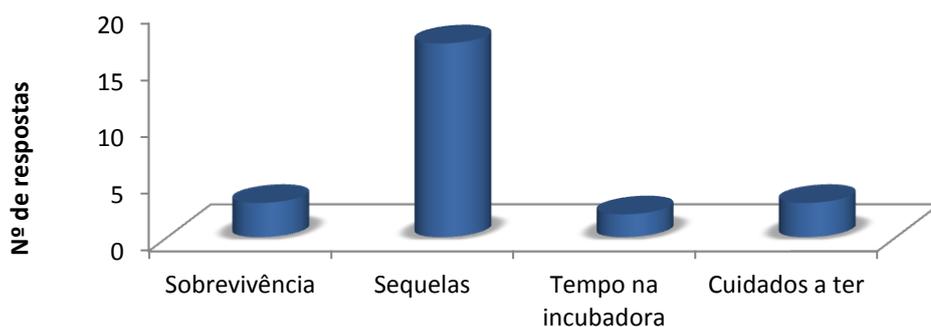


Figura 17. Gráfico das respostas dos futuros pais sobre o que mais os preocupa se o filho nascer prematuro

Cinco dos participantes referiram não necessitar de informações sobre prematuridade, enquanto 13 referiram necessitar de informações sobre a temática. A

necessidade de informação dá ênfase ao papel dos pais e aos cuidados a ter com o recém-nascido prematuro, como observamos na figura 18.

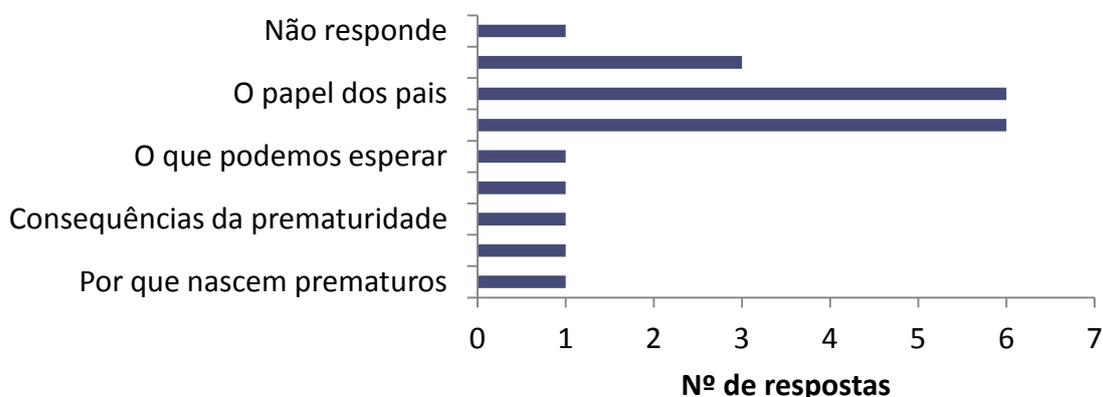


Figura 18. Gráfico das necessidades de informação dos futuros pais no âmbito da prematuridade

Da análise das questões sobre a Unidade de Neonatologia, constatamos que a maioria dos participantes (treze) sabe o que é a UCIN e cinco já visitaram uma dessas unidades. Quinze dos participantes referiram que existem vantagens no facto da grávida com elevado risco de prematuridade visitar a UCIN mas três referem não existir vantagens. Apenas um dos futuros pais justifica a inexistência de vantagens com a possibilidade do bebé não necessitar de internamento na UCIN e a visita materna prévia acarretar preocupações e níveis de *stress* desnecessários, os outros dois participantes não justificam a resposta. A figura 19 ilustra as razões pelas quais a visita à UCIN pela grávida é vantajosa.

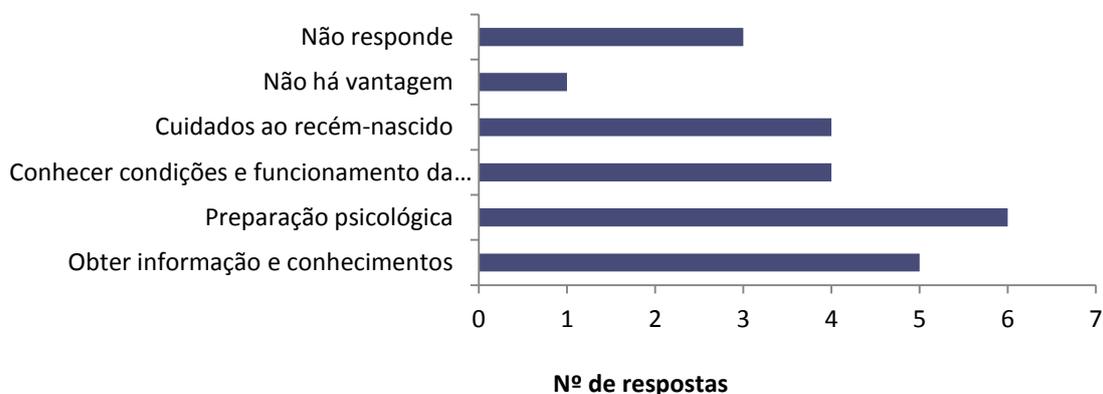


Figura 19. Respostas dos pais sobre as vantagens da grávida visitar a UCIN

Quanto às vantagens de ser o casal em risco de prematuridade e não apenas a grávida a visitar a UCIN obtivemos respostas diferentes englobando a partilha de responsabilidades, ideias e conhecimentos pelo casal. A obtenção de informação e conhecimentos sobre a prematuridade e os cuidados ao recém-nascido prematuro foram os pontos mais abordados pelos futuros pais. As não respostas correspondem aos participantes que referiram a visita como não vantajosa para a grávida (figura 20).



Figura 20. Respostas dos pais sobre as vantagens do casal grávido visitar a UCIN

Caraterização dos enfermeiros

Dos dezasseis enfermeiros participantes, 2 são do sexo masculino e 14 são do sexo feminino. As idades variam entre os 27 e os 58 anos, com uma média de idades de 41,1 anos de idade. Quanto às habilitações académicas, 13 dos enfermeiros possuem a Licenciatura e 3 enfermeiros o grau de mestre.

A formação em enfermagem está representada na figura 21. Dez dos enfermeiros são EESMO, enquanto apenas 6 são enfermeiros de cuidados gerais.

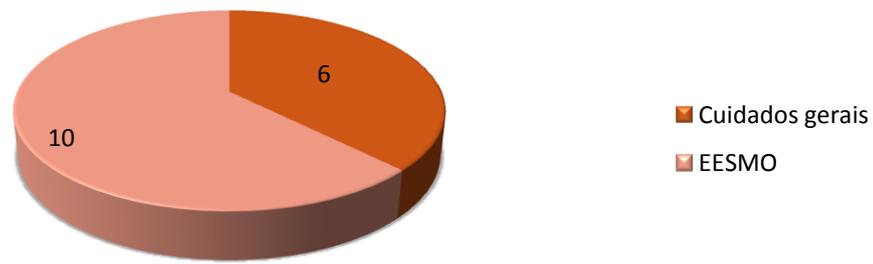


Figura 21. Formação dos Enfermeiros

A antiguidade na enfermagem varia entre 4 a 34 anos. De acordo com o gráfico da figura 22, o maior número de enfermeiros (5) tem entre 11 e 15 anos de profissão, seguem-se os enfermeiros que representam a profissão desde há 21 a 25 anos (3) e o mesmo número de enfermeiros (3) detém entre 31 a 35 anos de enfermagem. A análise dos dados denota uma equipa de enfermagem muito experiente.

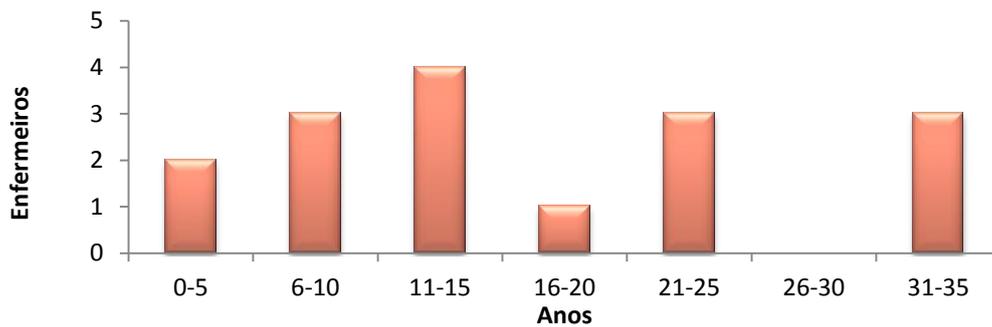


Figura 22. Gráfico da distribuição dos enfermeiros por antiguidade na profissão

A antiguidade na área da Saúde Materna e Obstétrica está representada na figura 23 e varia entre 4 e 34 anos, donde resulta uma equipa de enfermagem com experiência na área.

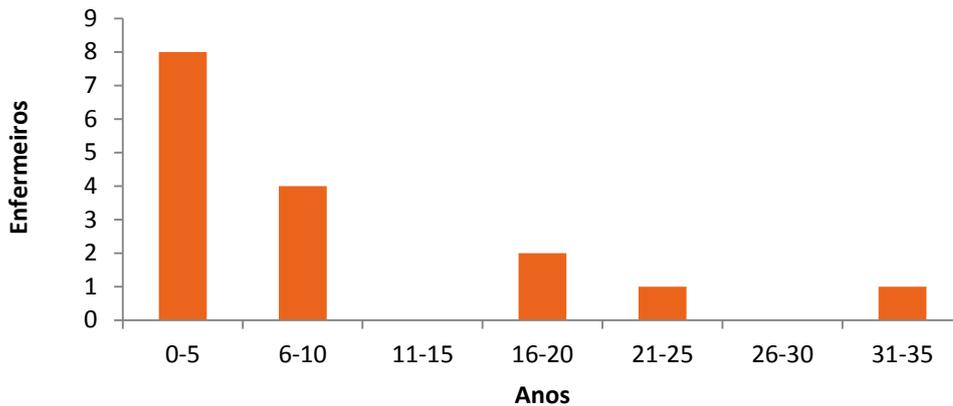


Figura 23. Gráfico da distribuição dos enfermeiros por antiguidade na área da ESMO.

A próxima figura representa os enfermeiros do SMMF distribuídos por antiguidade no serviço.

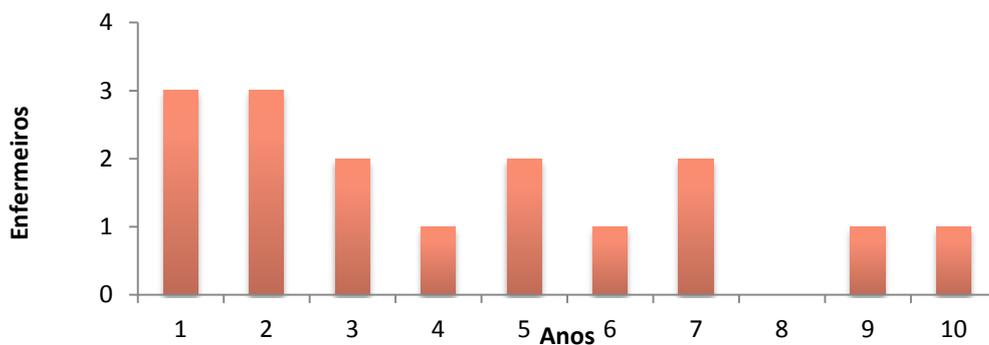


Figura 24. Distribuição do número de enfermeiros por antiguidade no SMMF da MAC.

Quanto ao grau de motivação para aumentar os conhecimentos do casal sobre prematuridade, sete dos enfermeiros consideram ter motivação suficiente e oito consideram ter motivação elevada. O grau de motivação para acompanhar o casal em risco de prematuridade à Unidade de Neonatologia teve uma resposta idêntica à anterior. A questão da necessidade de formação teórica para poder aumentar os conhecimentos/competências do casal grávido sobre prematuridade, incluiu cinco

temas predefinidos e a opção “outras”, à escolha do participante, sem ninguém a mencionar. A figura 25 representa o número de respostas por tema, pois vários enfermeiros assinalaram mais que uma necessidade de formação.

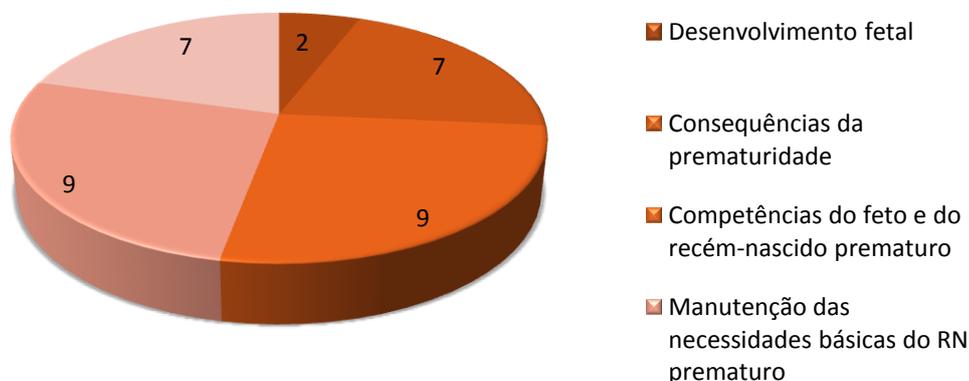


Figura 25. Gráfico das necessidades de formação dos enfermeiros

Quatro dos participantes da PB deram como sugestões para incluir no projeto de intervenção: informar os casais sobre instituições de apoio aos pais de prematuros; legislação portuguesa sobre proteção da maternidade/paternidade; vídeo ou *slide show* para mostrar às grávidas; protocolo de visitas pré natais entre o SMMF e a UCIN. Destas sugestões surgiu o *dossier* da prematuridade. Optou-se por elaborar um álbum seriado pois nem todas as grávidas acamadas têm acesso a computador. Na última página do álbum seriado constam os contatos de algumas instituições e de *sites* úteis para os pais. A legislação portuguesa no âmbito da proteção à maternidade e paternidade foi compilada e incluída no *dossier*. Salientamos que os direitos atribuídos pelo Estado português aos pais de crianças prematuras não diferem dos pais de crianças de termo.

5.3. Análise Reflexiva sobre as Estratégias Acionadas

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), “a seleção de estratégias permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo” (p. 11). A seleção de estratégias constitui o processo

mais adequado para resolver ou minorar os problemas, respondendo, desta forma, aos objetivos. A definição das estratégias deve fazer-se de forma detalhada e pode levar à revisão dos objetivos estabelecidos em caso de falta de recursos humanos, materiais ou financeiros.

No sentido de obter *feedback* sobre as estratégias escolhidas, tivemos em consideração os comentários, recolhidos em encontros formais, nomeadamente passagens de turno, sobre as mesmas e elaborámos uma folha de avaliação, de aplicação direta à grávida e ao companheiro, de forma individualizada, após a visita à UCIN (Anexo L) e após a formação com o álbum seriado (Anexo M). Considerámos pertinente elaborar uma folha de registo dos casais que visitaram a UCIN, que se pretende atualizada para a equipa saber quem efetuou a visita (Anexo N). Também elaborámos uma folha de avaliação que foi entregue no final de ação de formação aos enfermeiros presentes. (Anexo O).

Na folha de avaliação do álbum seriado (Anexo M) pergunta-se sobre a clareza das informações; a pertinência dos temas abordados; o esclarecimento de dúvidas; terminando com a questão: se o seu bebé nascer prematuro, qual o grau de importância que atribui à visualização e explicação deste álbum? Esta avaliação foi feita a quatro grávidas e a dois companheiros, pois duas das grávidas residiam longe de Lisboa e só tinham a visita do companheiro no fim de semana. Todos os participantes foram unânimes, pontuando com a classificação máxima (5) cada questão. Três das grávidas mencionaram que a elaboração do álbum com fotografias reais foi uma boa iniciativa, proporcionando a quem não se podia deslocar à UCIN, uma ideia mais concreta do serviço e das características dos bebés prematuros.

Na avaliação da visita (Anexo N), solicita-se a marcação da quadrícula correspondente a futura mãe ou futuro pai; o serviço visitado, cuidados intensivos neonatais (UCIN) ou cuidados intermédios (UCI-RN). A unidade de Neonatologia é composta por estes dois serviços, funcionando em espaços e com equipas de enfermagem distintas. Os RN de idades gestacionais e pesos mais baixos por precisarem geralmente de ventilação mecânica e terapia intensiva são internados na UCIN, enquanto na UCIN-RN os bebés podem estar em fase de pré alta. Nos casos em que a situação clínica do feto prevê o internamento do recém-nascido na UCI-RN, o casal grávido visita apenas este serviço. Pondera-se desta forma causar ansiedade desnecessária aos pais através do contato com a realidade da prematuridade extrema.

Questiona-se quanto ao grau de satisfação (de 1 a 5) com a visita efetuada; no decurso da visita, qual a sua opinião relativamente a simpatia e disponibilidade; clareza das informações; e termina-se com a questão: se o seu bebé nascer prematuro, qual o grau de importância que atribui a esta visita? Desde o início do projeto, visitaram a Unidade de Neonatologia catorze grávidas e dez companheiros. O desfasamento entre os números prende-se com horários laborais, residência longe de Lisboa e duas das grávidas não manterem uma relação estável com os futuros pais. No decurso das visitas, três casais visitaram apenas a UCI-RN por serem gravidezes gemelares com IG de 34 semanas, sem patologia associada e sem necessidade previsível de internamento na UCIN. Também aqui todos os participantes classificaram com a pontuação máxima (5) todas as questões inquiridas. Foi-nos verbalizado que observar os recém-nascidos lhes forneceu esperança; observar os pais com os filhos ao colo lhes modificou algumas ideias preconcebidas de não poder tocar nos bebés fora das incubadoras; adquiriram e aprofundaram conhecimentos sobre o funcionamento do serviço, horários de visita, métodos de ventilação assistida e prematuridade em geral. Dois dos casais referiram terem ficado mais tranquilos, pois deixariam de imaginar o ambiente estranho da UCIN.

As folhas de avaliação aplicadas após a realização de ambas as ações de formação em serviço são idênticas diferindo apenas no título da formação e inquiriram sobre: dados pessoais do formando: sexo, EESMO ou enfermeiro de cuidados gerais; questões sobre o grau de satisfação com a formação; opinião relativamente ao conteúdo, clareza da exposição, utilidade para as suas funções na informação da grávida/casal sobre prematuridade; como última questão solicitam-se comentários/sugestões.

Na avaliação da formação “O Feto e o RN Prematuro”, dos treze enfermeiros que assistiram à formação (12 enfermeiras e um enfermeiro), concluímos que: dois eram generalistas e onze eram EESMO. O grau de satisfação com a formação foi classificado por dois elementos no *ítem* 4 e por onze enfermeiros no *ítem* 5 ao longo de todo o questionário. Podemos inferir desta análise que a formação foi adequada às necessidades dos enfermeiros e que os mesmos revelaram motivação para a problemática.

Assistiram à formação “O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia”, onze enfermeiros (9 enfermeiras e 2 enfermeiros), três dos quais enfermeiros de cuidados gerais e oito EESMO. O grau de satisfação foi classificado por sete enfermeiros no *ítem* 5 e por elementos no *ítem* 4 em todas as questões. A formação foi muito participada e

foi sugerido por três elementos, propor a inclusão desta formação no plano anual do Serviço de Formação da Instituição.

5.4. Recursos Materiais e Humanos Envolvidos

Os recursos humanos envolvidos foram: Diretora de Serviço do SMMF da MAC; Enfermeira Chefe do SMMF da MAC; Diretora de Serviço da Unidade de Neonatologia da MAC; Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia da MAC; Equipa de Enfermagem do SMMF da MAC; Equipa de Enfermagem da Unidade de Neonatologia da MAC; Comissão de Ética da MAC; Técnico responsável pelo património da MAC; Engenheiro responsável pelos dados estatísticos da MAC; Funcionárias da Biblioteca da MAC; Presidente da Associação Portuguesa de Apoio ao Bebé Prematuro (Associação XXS); Grávidas/casais internadas no SMMF da MAC por risco de parto prematuro; Pais de bebés prematuros internados na Unidade de Neonatologia da MAC; Bebés internados na Unidade de Neonatologia da MAC.

Os recursos materiais envolvidos foram: estrutura física do SMMF da MAC; estrutura física da Unidade de Neonatologia da MAC; sala de aula da Faculdade de Medicina na MAC; Manual de Integração de Enfermeiros do SMMF da MAC; máquina fotográfica; fotocopiadora; impressora; computador; material de escritório variado.

5.5. Contatos Desenvolvidos e Entidades Envolvidas

Para a consecução do projeto de intervenção foram envolvidas várias entidades, com as quais foram feitos contatos, desde a fase de preparação até à fase de implementação do mesmo.

Com a enfermeira chefe do SMMF foi feito o primeiro contato, tendo autorizado o projeto de intervenção que classificou como muito útil para o Serviço e para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Autorizou a colheita de dados aos enfermeiros assim como as ações de formação aos mesmos, as quais foram integradas no Plano de Formação em Serviço de 2012.

De seguida foi contactada a diretora do SMMF para apresentação do projeto e sua autorização. Foi referido pela diretora, que esta intervenção veio ao encontro dos seus objetivos, partilhados pela diretora da Unidade de Neonatologia, pois os pediatras estavam prestes a iniciar visitas diárias às grávidas em risco de parto pré-termo.

Seguiram-se contatos em simultâneo com a diretora e com a enfermeira chefe da Unidade de Neonatologia que referiram a pertinência da intervenção, autorizando a implementação da mesma.

O Conselho de Administração da MAC foi contactado através de entrevista com a enfermeira diretora para apresentação e pedido de autorização do projeto. O Conselho de Administração enviou para a Comissão de Ética da instituição que nos solicitou o preenchimento de dois formulários e a apresentação de um *curriculum vitae*.

A referir os contatos com a presidente da Associação XXS que nos confirmou a importância das atividades a implementar para os futuros pais e pais dos recém-nascidos prematuros.

Pesquisando o apoio dado aos futuros pais em contexto de prematuridade a nível internacional, contactámos com a *BLISS*, associação de apoio aos pais de bebés prematuros de maior destaque a nível do Reino Unido.

Contactámos com os enfermeiros da Unidade de Neonatologia no decurso da elaboração do álbum seriado e nas visitas com o casal. No decurso destes contatos, duas enfermeiras cederam-nos o seu trabalho realizado em contexto académico e mencionado anteriormente, o qual tem ligações ao presente projeto.

Os enfermeiros da área da prestação de cuidados do SMMF foram envolvidos precocemente neste projeto, na apresentação do mesmo, na aplicação dos questionários, na ação de formação realizada e nas atividades junto da PA.

Mencionamos como imprescindíveis os casais em risco de parto prematuro no SMMF, os quais abordámos de forma informal e formal, tal como os pais de recém-nascidos prematuros, que nos cederam autorização para fotografar os filhos na UCIN, o que foi vital para a elaboração do álbum seriado. A não esquecer o envolvimento dos RN prematuros sem os quais este projeto seria inviável.

5.6. Análise da Estratégia Orçamental

Não foi imputado custo algum à MAC na realização do Projeto de Intervenção e do respetivo Relatório, tendo a autora suportado todas as despesas.

5.7. Cumprimento do Cronograma

O cronograma elaborado no projeto de intervenção foi cumprido. O quadro seguinte (figura 26) mostra as atividades delineadas assim como as datas em que foram efetuadas no sentido de atingir os objetivos definidos.

ATIVIDADES	SET 2011	OUT. 2011	NOV. 2011	DEZ. 2011	JAN. 2012	FEV. 2012	MAR. 2012
1. Pesquisa e revisão bibliográfica	→						
2. Reuniões com professora orientadora	→						
3. Contatos formais com superiores hierárquicos	→						
4. Elaboração do projeto de intervenção	→						
5. Elaboração do álbum seriado			→				
6. Apresentação do projeto aos enfermeiros do SMMF				→			
7. Planeamento e apresentação das Ações de Formação aos Enfermeiros “O Feto e RN Prematuro”					→		
“O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia”					→		
8. Elaboração do protocolo da visita à UCIN				→			
9. Formação aos casais no SMMF					→		
10. Elaboração do Relatório				→			
11. Entrega do relatório final							→

12

Figura 26. Cronograma das Atividades de Intervenção

O projeto de intervenção foi apresentado aos enfermeiros do SMMF, em reuniões formais de passagem de turno, nas primeiras duas semanas de Novembro de 2011. Em Dezembro elaborámos o questionário para caracterização da PB e diagnóstico das necessidades de formação no âmbito da prematuridade, o qual foi aplicado entre 10 a 18 de Janeiro de 2012. Até 31 de Janeiro foram tratados os dados e calendarizada a formação. Por uma questão de organização temática e gestão do tempo, os temas foram agrupados em duas formações. Previamente à realização da ação de formação “O Feto e o RN Prematuro”, foram elaborados o plano da sessão (Anexo P) e o cartaz de divulgação da sessão (Anexo R) que foi afixado na sala de trabalho de enfermagem no dia 10 de Fevereiro, sendo a formação realizada no dia 28 de Fevereiro.

Não foi possível apresentar a segunda ação de formação aos enfermeiros antes da entrega do relatório final (12/03/2012) por questões de organização do SMMF. Para esta ação de formação “O RN Prematuro na Unidade de Neonatologia” (Anexo H) convidámos como formadoras duas enfermeiras (autoras dos trabalhos realizados com grávidas da MAC em 2004 e 2009, já mencionados neste relatório) que exercem funções na UCIN. A referida formação foi agendada e realizada dia 2 de Abril de 2012, incluindo como temáticas, a manutenção das necessidades básicas do RN prematuro internado e o papel dos pais perante o RN prematuro.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

6.1. Avaliação dos Objetivos

Ao utilizar a metodologia de projeto, a avaliação constitui um processo dinâmico que implica a comparação entre os objetivos definidos à partida e os objetivos atingidos. A avaliação deve ser rigorosa nesse sentido e, no caso de um objetivo não ser alcançado, é essencial compreender os fatores que contribuíram para a sua não consecução e as consequências advindas. Neste caso, devem ser delineadas estratégias para que o objetivo seja atingido (Nunes *et al.*, 2010, citando Nogueira).

Ao definir como objetivo geral, facilitar a aquisição de competências pelo casal grávido a favor da vinculação perante o recém-nascido prematuro, refletimos em toda a problemática em que o internamento de alto risco e a expectativa de um parto prematuro se inserem.

A pesquisa bibliográfica sobre a prematuridade, a vinculação e a transição para a parentalidade, trouxeram-nos novas competências facilitando a definição dos objetivos específicos. Definimos três objetivos específicos em termos operacionais de forma a tornar possível a sua avaliação: a) Orientar os pais para as características/competências do recém-nascido, de acordo com a idade gestacional ou baixo peso ao nascer; b) Capacitar os enfermeiros do Serviço de Medicina Materno-Fetal para a facilitação da aquisição de competências, de vinculação, pelo casal grávido perante o RN prematuro; c) Elaborar protocolo da visita pré-natal dos pais à UCIN.

Planeámos e executámos atividades em prol do alcance de cada um dos objetivos mencionados. Destacamos a efetivação das visitas do casal à unidade de Neonatologia, as informações transmitidas utilizando o álbum seriado e a sensibilização da equipa de enfermagem para a problemática. Foi realizada uma ação de formação aos enfermeiros incluindo o desenvolvimento fetal, as competências do feto e do RN prematuro e as consequências da prematuridade. Esta sessão foi participada por 12 dos 16 enfermeiros e referida como muito importante para o desempenho das funções da maioria dos enfermeiros, tal como mencionado anteriormente. Por falta de tempo e posteriormente por questões que se prenderam com organização do SMMF, a segunda ação de formação aos enfermeiros “ O Recém-nascido Prematuro na Unidade de

Neonatologia” (Anexo I) foi agendada e realizada dia 2 de Abril de 2012. O plano de formação para esta ação de formação (Anexo S) foi elaborado em Fevereiro. O cartaz de divulgação foi afixado dia 15 de Março na sala de trabalho do SMMF (Anexo T). Foram abordadas na ação de formação, a manutenção das necessidades básicas do RN prematuro internado e o papel dos pais. A equipa de enfermagem correspondeu positivamente na consecução dos objetivos.

O protocolo foi elaborado tendo recebido o parecer positivo das enfermeiras chefes, encontrando-se assinado pelas diretoras dos serviços de Medicina Materno-Fetal e da Unidade de Neonatologia.

De acordo com a reação positiva manifestada pelos casais pela disponibilidade manifestada pela equipa de enfermagem sobre a prematuridade e as informações prestadas e o feedback retribuído pelos enfermeiros, consideramos ter atingido com sucesso os objetivos propostos, tendo em conta a complexidade da temática e o prazo reduzido em que o projeto foi implantado.

6.2. Avaliação da Implementação do Programa

Tendo presente a dificuldade de avaliar com rigor um projeto implementado tão recentemente, e de acordo com o mencionado no ponto anterior, refletimos no impacto real deste projeto de intervenção.

De acordo com a análise dos dados recolhidos pelos instrumentos de avaliação aplicados às populações alvo, julgamos ter contribuído para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem do SMMF à grávida internada com alto risco de parto pré-termo e ao seu companheiro. Através da sensibilização da PB e da implementação das ações planeadas e já referidas, consideramos que:

- O casal em risco de parto prematuro, neste momento usufrui de cuidados mais congruentes relativamente à temática da prematuridade;
- O conhecimento da realidade da UCIN pode contribuir para a diminuição da ansiedade dos pais, pois receia-se mais o que se desconhece;
- Os enfermeiros do SMMF detêm melhores conhecimentos e motivação para a facilitação de aquisição de competências por parte dos futuros pais;

- As atividades desenvolvidas foram acolhidas com entusiasmo pelas enfermeiras chefes e diretoras de serviço do SMMF e da UCIN, viabilizando a continuidade do projeto com um protocolo assinado;
- A equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia respondeu de forma muito positiva na concretização das visitas do casal, que são acompanhadas por enfermeiros desse serviço.

6.3. Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas

Em simultâneo com a execução do projeto é desenvolvida a avaliação intermédia. Esta avaliação segundo Nunes *et al.* (2010, citando Castro & Calvet), “constitui um momento de pausa e de reflexão sobre o percurso desenvolvido até ao momento”(p. 25).

Os momentos de avaliação intermédia ocorreram após a elaboração e utilização do álbum seriado, após as visitas à UCIN com o casal e após as ações de formação realizadas aos enfermeiros. O protocolo da visita do casal grávido à UCIN, terminado em Fevereiro, teve o parecer positivo das enfermeiras chefes e das diretoras de serviço envolvidas, em Abril, encontrando-se assinado, no dossier da prematuridade, acessível à consulta dos profissionais do serviço. A segunda ação de formação aos enfermeiros do SMMF e respetiva avaliação, foi efetuada no dia 2 de Abril.

Salientamos que as reuniões com a professora orientadora (ocorridas nos dias 17 de Outubro, 7 de Novembro e 29 de Dezembro de 2011, 26 de Janeiro e 27 de fevereiro de 2012) assim como os vários contatos telefónicos e envio de mensagens de correio eletrónico foram imprescindíveis para a análise crítica e reflexiva do trabalho realizado e a realizar. Desta forma as reuniões de orientação, constituíram-se também como momentos de avaliação intermédia, levando a algumas medidas corretivas na elaboração e implementação do projeto tal como na redação do relatório. O atual relatório foi sujeito a reformulação por deliberação do júri. Esse facto justificou outras reuniões com a Professora Orientadora entre Junho e setembro de 2012, resultando na reformulação (principalmente dos pontos 3.2 e 3.3) deste relatório.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

O termo competência é definido pela ICM (2010), como “a combinação de capacidades de conhecimento, psicomotoras, de comunicação e de tomada de decisões que permitem que o indivíduo execute uma tarefa específica de acordo com um nível de proficiência definido”(p.19). A competência do enfermeiro baseia-se em primeiro lugar nas qualidades pessoais como a capacidade de escuta ativa, a atenção ao que se passa com o cliente, a capacidade de decisão, ação e empatia. As características da personalidade do enfermeiro (intuição, autoridade, iniciativa e inteligência das situações) convergem com a sua formação e experiência. Daí a competência na enfermagem exigir a mobilização das capacidades pessoais e a mobilização dos saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados prestados (Phaneuf, 2005).

Desde a fase de preparação do projeto de intervenção até à redação final do relatório, adquirimos e mobilizámos competências a nível cognitivo que se traduziram na melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermeiros do SMMF ao casal grávido em risco de parto pré-termo. A sensibilidade para a problemática e a pesquisa bibliográfica colmataram necessidades sentidas na PA e complementaram algumas lacunas, no âmbito da prematuridade na PB.

A reflexão deve ser um processo constante na nossa prática diária e esteve patente ao longo de todas as fases de planeamento, implementação e avaliação do projeto de intervenção, culminando na redação do presente relatório. Através da prática reflexiva podemos diagnosticar problemas de enfermagem e definir objetivos gerais que serão decompostos em objetivos específicos; planear as atividades para a sua consecução, assim como as estratégias e as formas de avaliação. Consideramos ter adquirido conhecimentos neste âmbito, o que se revelou muito facilitador para a qualidade dos cuidados prestados. No contexto da prematuridade, cremos ter adquirido competências através da pesquisa bibliográfica e da prática reflexiva, resultando num novo “olhar” sobre a problemática. A comunicação terapêutica, foi uma das competências mais frequentemente mobilizadas, resultando na implementação bem-sucedida das atividades previstas no projeto. Através da educação para a saúde, junto dos casais grávidos e da formação em serviço aos enfermeiros, contribuámos para o alcance dos objetivos definidos.

CONCLUSÃO

A prematuridade constitui um dos principais problemas a nível do mundo tecnologicamente desenvolvido. No serviço onde exercemos funções, o risco de parto prematuro está patente na maioria dos internamentos, ao que urge direcionar os cuidados dos profissionais para as necessidades dos casais grávidos inseridos neste contexto.

Como EESMO somos responsáveis pelo diagnóstico de enfermagem e respetivas intervenções ao alvo dos nossos cuidados. Sabemos que o casal grávido com alto risco de parto pré-termo tem dificuldades acrescidas na interação precoce com o filho recém-nascido, podendo comprometer os laços de vinculação. O desconhecimento da temática da prematuridade, o medo do desconhecido a nível do ambiente e equipamento da UCIN, junta à ansiedade e à insegurança do seu papel de pais, constituem outros fatores que dificultam a transição para a parentalidade. A sensibilidade para a temática e a lacuna detetada a nível de cuidados, levou-nos a empreender o projeto de intervenção descrito.

Tal como é preconizado pela OE, cabe aos enfermeiros atualizar os seus conhecimentos com base na revisão bibliográfica de cariz científico. Segundo Craig & Smyth (2004), a revisão da literatura de acordo com a prática baseada na evidência, procura a identificação e aplicação das intervenções mais eficazes para maximizar a qualidade e quantidade de vida de cada doente. Referimos que a pesquisa bibliográfica sobre a prematuridade, vinculação e transição para a parentalidade nos trouxeram novas competências que procurámos transmitir aos enfermeiros do serviço.

Como já mencionado, consideramos que o percurso por nós percorrido, foi positivo contribuindo para a sensibilização da equipa e melhores cuidados de enfermagem ao casal grávido em risco de parto pré-termo.

Reconhecemos várias limitações ao projeto que se prendem com a muito curta calendarização para a sua consecução, com a inexperiência da autora na metodologia de projeto e com a complexidade da temática em estudo.

Terminamos com algumas sugestões futuras para a prática. Na Unidade de Cuidados Intensivos da MAC são internadas grávidas de alto risco que pela gravidade da patologia materna, o parto é frequentemente antecipado. Julgamos ter interesse realizar junto dos enfermeiros deste serviço, as ações de formação já que programámos para a PB, para que também eles adquiram competências facilitadoras da vinculação

junto dos casais. Também consideramos pertinente disponibilizar o álbum seriado para a educação para a saúde do casal grávido nestas circunstâncias, nas quais a grávida tem restrição à deambulação. Sempre que necessário e com o aval das enfermeiras chefes dos respectivos serviços, os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos poderão recorrer aos EESMO do SMMF ou aos enfermeiros da UCIN para esclarecimentos no âmbito da prematuridade. Acrescentamos que durante o tempo de reformulação do presente relatório, efetuámos contatos com a enfermeira chefe da Unidade de Cuidados Intensivos, sendo a nossa ideia favoravelmente acolhida. No entanto as sucessivas alterações da equipa de enfermagem desse serviço não possibilitaram ainda a concretização das sugestões apresentadas.

Também consideramos pertinente a realização de trabalhos de investigação que apurem se o choque e a ansiedade dos pais no primeiro contato com o filho prematuro na UCIN, é menor naqueles que tiveram preparação prévia com o álbum seriado e a visita pré-natal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, L. (2009). *Transição para a Parentalidade: Estudo Comparativo entre Mulheres e Homens Primíparos*. Tese de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Consultado em 3/1/2012 em [http://www.citma.pt/Uploads/Lília%20Maria%20Abreu\[2\].pdf](http://www.citma.pt/Uploads/Lília%20Maria%20Abreu[2].pdf).

Almeida, C. (1983). Subsídios para a História da Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Lisboa: Edição da Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Amaral, M.M. (2008). Manual de Integração de Enfermeiros: *Serviço de Medicina Materno Fetal da Maternidade Dr. Alfredo da Costa*. Lisboa.

Andreani, G., Custódio, Z. & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia* (24), 115-126.

Argimon, E. & Schmidt, I. (2009). Vinculação da gestante e apego materno fetal. *Paideia*. 19 (43), 211-220. Consultado em 26 de Outubro de 2011, através de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/08.pdf>.

Ashdown-Lambert, J. (2005). A review of low birth weight: Predictors, precursors and morbidity outcomes. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125, 76-83.

Baião, R. (2009). *Stress Parental e Prematuridade*. Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Barros, L. (2006a). O bebé nascido em situação de risco. In Canavarro, M. C. (Orgs). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 235-2549. Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, L. (2006b). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção de desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Orgs). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297- 316). Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, I. (2008). *Necessidades e Stress dos Pais de Bebés Prematuros Hospitalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade. Instituto de Psicologia Aplicada.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Botelho, T. M. & Leal, I. (2001). Sobre a prematuridade. In T. Botelho & I. Leal (Eds.), *Personalidade materna e prematuridade*. Lisboa: Edições SNR. 64-98.

Botelho, T., M. & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 129-144. Acedido em 12 de Fevereiro de 2012, através de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v8n1/v8n1a10.pdf>.

Brazelton, T.B. & Cramer, B. (2004). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar - Editores, Distribuidores e Livreiros, Lda. ISBN: 972-710-083-X.

Brum, E. & Schermann, L. (2004). Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (2), 457-467. Consultado em 12 de Dezembro de 2011, através de <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000200021>.

Cabeças, M.J. (2000). *Personalidade e Aborto Recorrente. Estudo Monográfico*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Cabral, I. P. (2001). *Infertilidade Feminina e Personalidade*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Camacho, K., Vargens, O., Progianti, J. & Spíndola, T. (2010). Vivenciando Repercussões e Transformações de uma Gestação: Perspectivas de Gestantes. *Ciencia y*

Enfermeria. XVI (2), 115-125. ISSN 0717-2079. Consultado em 2 de Fevereiro de 2012, através de http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_12.pdf.

Camarneiro, A.P. (2012). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. Tese de doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia. Consultado em 20 de Janeiro de 2012, através de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6526/6/ulsd062931_td_tese.pdf.

Camarneiro, A.P., Alves, C., Ferreira, A. P. & Gomes, A. I. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa. Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 0873-9781/09/40-2/53. Consultado em 3 de Janeiro de 2012, através de http://www.spp.pt/.../20090804162152_AO-Interacao_mae-bebe_premat.

Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, 15-25.

Canavarro, M. C. & Pedrosa, A.A. (2005). Transição para a parentalidade – compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Leal I. (Orgs). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp.225-255). Lisboa: Fim de Século.

Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Orgs). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.17-49). Coimbra: Quarteto Editora.

Carvalho, M. E. (2011). *O bebé imaginário, as memórias dos cuidados parentais e as representações sonoro-musicais na gravidez no estudo da representação da vinculação materna pré-natal e da orientação para a maternidade*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Especialidade em Psicologia Clínica. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia. Consultado em 12 de Fevereiro de 2012, através de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6597/2/ulsd062990_td_tese.pdf.

Castro, C. (2007). *Percepção dos Enfermeiros Sobre os Contributos do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para a Melhoria dos Cuidados de Enfermagem*. Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta. Consultado em 23 de Janeiro de 2012, através de <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/729/1/LC369.pdf>.

Colman, L., & Colman, A. (1994). *Gravidez: a Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Correia, L., & Linhares, M. B. (2007). Ansiedade materna nos períodos pré e pós-natal: Revisão da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Julho/Agosto 15 (4), 677-683.

Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Dickason, E., Silverman, B. & Schult, M. (1995). *Enfermária Materno Infantis* (2ª ed.). Madrid: Mosby/Doyma Libros.

Figueiredo, B. (2003). Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (3), 521-539. ISSN 1576-7329.

Figueiredo, B. (2005). Bonding Pais-Bebé. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século. 287-314.

Figueiredo, M. I. (2007). *Vinculação pré-natal: Estudo da ligação emocional ao bebé em mulheres e homens grávidos*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Consultado em 12 de Fevereiro de 2012, através de <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1258>.

Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta. 2009. ISBN 972-8383-18-5.

Frias, A. (2009). *Fazer um Ser pelo Nascer: Influência do Método Psicoprofilático na Preparação para o Nascimento*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade de Évora (cedida pela autora).

Gardner, R. & Deatrick, A. (2006). Understanding interventions and outcomes in mothers of infants Center for Health Disparities Research. University of Pennsylvania. *Issues in Comprehensive Pediatric*, 25-44. Consultado em 28 de Fevereiro de 2012, através de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16537279.

Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (3ª ed.). Lisboa: Lidel.

Guedeney, N. & Guedeney, A. (Coord.) (2004). *Vinculação - Conceitos e aplicações*. Manuais Universitários 31 (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-103-7.

Guimarães, H., Tomé, T., Virela D. & Mimoso G. (2007). *Nascer prematuro. Um manual para os pais dos bebés prematuros*. Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (1ª ed.). Porto: Direção da Secção de Neonatologia 2005-2007. ISBN: 978-989-20-0952-0.

Imperatori, E. & Geraldes, M.R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para os serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

International Confederation of Midwives (2002). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Consultado em 30 de Outubro de 2011 através de http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Essential%20Competencies_2002-JF_2007%20FINAL.pdf.

International Confederation of Midwives (2010). *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice*. Consultado em 30 de Outubro de 2011 através de http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Competencies_2010_ENG.pdf.

Keltikangas-Järvinen, L., Elovainio, M., Kivimäki, M., Raitakari, O., Viikari, J., & Lehtimäki, T. (2007). Dopamine receptor D2 gene taq1A (C32806T) polymorphism modifies the relationship between birth weight and educational attainment in adulthood: 21-year follow-up of the cardiovascular risk in young finns study. *Pediatrics*, *120*, 756-761.

Klaus, M., Kennell, J. (1993). *Pais/bebés: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Klaus, M., Kennell, J. & Klaus, P. (2000). *Vínculo Afetivo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. ISBN: 85-7307-577-5.

Linhares, M. B., Carvalho, A., Bordin, M. B., Chimello, J., Martinez, F., & Jorge, S. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, *10*, 60-69.

Lowdermilk, L., & Jensen, M. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7.^a ed.). Loures: Lusociência.

Maldonado, M. T., & Dickstein, J. (2010). *Nós estamos grávidos*. S. Paulo: Integrare Editora e Livraria Ltda. ISBN 978-85-99362-53-2.

Magalhães, S. (2011). *A Vivência de Transições na Parentalidade face ao evento Hospitalização da Criança*. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN:972-772-069-2.

Martinet, S., Bayle, F. (2008). *Perturbações da parentalidade* (pp. 113-120). Lisboa: Climepsi.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Consultado em 30 de Outubro de 2011 através de <http://www.mac.min-saude.pt/numeros.html>

Maternidade Dr. Alfredo da Costa (2009). Registo de Dados do Serviço Medicina Materno Fetal: Lisboa.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa (2010). Registo de Dados do Serviço Medicina Materno Fetal: Lisboa.

Maternidade Dr. Alfredo da Costa (2011). Registo de Dados do Serviço Medicina Materno Fetal: Lisboa.

Meleis; A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Meleis, A., Sawyer L., Im E., Hilfinger D., Schumacher K.(2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Ministério da Saúde (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. (DR, 2^a série – N° 35, 18 de Fevereiro de 2011).

Ministério da Saúde (1998). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Decreto-lei nº161/94, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, consultado a 13 de Dezembro de 2011, através <http://ordemenfermeiros.pt>.

Ministério da Saúde (2005). Informação genética pessoal e informação de saúde. Diário da República, 1^a Série - nº18 – 26 de Janeiro de 2005, decreto-lei nº 12/2005

Nunes, L. (Org). (2010). Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Percursos. *Publicação da Área*

Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, 15, Janeiro/Março, 2-37.

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Edições: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro). Consultado em 2 de Fevereiro de 2012, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 978-92-95094-35-2.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Consultado em 24 de Setembro de 2011, através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Ginecológica*. Consultado em 24 de Setembro de 2011, através de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Consultado em 4 de Novembro de 2011, através de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>.

Peixoto, J., Branco, M., Freitas, A. & Dias, C. (2004). *Viabilidade*. Consultado em 12 de Dezembro de 2011, através de http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201730-viabilidade.pdf

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, validação*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-84-3.

Prisco, L. & Santos, A. C. (2004). *Mães Prematuras, como ajudá-las? Trabalho de Monografia no âmbito do 4º Curso de Complemento em Enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende (cedido pelas autoras).

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e de Saúde*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta. Consultado em 6 de Outubro de 2011, através de <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14556-02.pdf>.

Redman, B. K. (2003). *A Prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Ribeiro, P. (2000). *Um “olhar” sobre o cuidar em enfermagem*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Aberta.

Salvaterra, M. F. (2007). *Vinculação e Adopção*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Nova de Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Santos, A. C. (2009). *Auto-eficácia, Coping e Expectativas da Prematuridade durante a Gravidez*. Tese de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (cedido pela autora).

Scortegagna, S., Miranda, C., Morsch, D., Carvalho, R., Biasi, J. & Cherubini, F. (2005). O processo interativo mãe-bebê pré-termo. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 6 (2), 61-70. Consultado a 25 de Fevereiro de 2012 através de <http://www.pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142005000200008>.

Silva, M. G. (2006). “Ecografia do psiquismo”, o primeiro internamento no interior da barriga da mãe. *Cadernos de Educação de Infância, APEI*, 78, 10-13.

Simões, C., Simões, J. (2007). *Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais*. Consultado em 17 de Dezembro de 2011, através de <http://www.esenfc.pt>.

Souza, N., Araújo, A. C., Azevedo, G., Jerónimo, S., Barbosa, L. & Sousa, N. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré-eclâmpsia. *Revista Saúde Pública*, 41, 704-710.

Vieira, M. E. (2005). *Contributo para o estudo do processo de transição para a parentalidade: O caso da prematuridade*. Tese de Doutoramento. Universidade do Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (cedida pela autora).

ANEXO A

PROPOSTA DE CANDIDATURA/PROJETO

ANEXO B

QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS

ANEXO C

POWERPOINT DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO “O FETO E O RN PREMATURO”

ANEXO D

PROTOCOLO DA VISITA DO CASAL GRÁVIDO À UNIDADE DE NEONATOLOGIA

ANEXO E

ALBUM SERIADO

ANEXO F

QUESTIONÁRIO À FUTURA MÃE

ANEXO G

QUESTIONÁRIO AO FUTURO PAI

ANEXO H

POWERPOINT DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “O RN PREMATURO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA”

ANEXO I

CONSENTIMENTO PARA CAPTAÇÃO DE IMAGENS

ANEXO J

AUTORIZAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO; PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

ANEXO K

**CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

ANEXO L

FOLHA DE AVALIAÇÃO DA VISITA DO CASAL À UNIDADE DE NEONATOLOGIA

ANEXO M

FOLHA DE AVALIAÇÃO DO ALBUM SERIADO

ANEXO N

**FOLHA DE REGISTO DA
VISITA DO CASAL À UNIDADE DE
NEONATOLOGIA**

ANEXO 0

FOLHA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS

ANEXO P

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “O FETO E O RN PREMATURO”

ANEXO Q

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “O FETO E O RN PREMATURO”

ANEXO R

PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “O RN PREMATURO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA”

ANEXO S

CARTAZ DE DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO “O RN PREMATURO NA UNIDADE DE NEONATOLOGIA”
