

**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Trabalho de Projeto

**O nascimento prematuro: Contributos do EESMO na preparação pré-natal e na transição para a parentalidade.**

Ana Paula Canelas Santana

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021

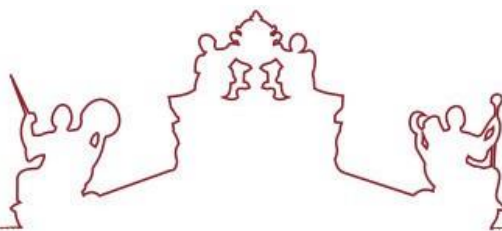
---

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Trabalho de Projeto

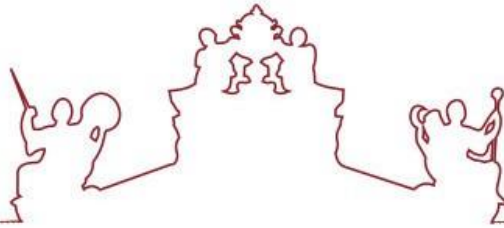
**O nascimento prematuro: Contributos do EESMO na preparação  
pré-natal e na transição para a parentalidade.**

Ana Paula Canelas Santana

Orientador(es) / Maria da Luz Ferreira Barros

Évora 2021





O trabalho de projeto foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus:

Presidente | Otília Zangão (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Maria Aguiar Frias (Universidade de Évora) (Arguente)  
Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora) (Orientador)

Évora 2021

---

---

---

---

*"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos."*

Paulo Freire

Com a apresentação deste trabalho pretendo expressar os mais sinceros agradecimentos e reconhecimento a todos aqueles que de alguma forma o tornaram possível.

À Professora Doutora Maria da Luz Ferreira Barros, orientadora deste Trabalho de Projeto, pelo apoio científico, encorajamento e confiança depositada ao ter partilhado comigo os seus saberes. Pela aprendizagem que me proporcionou através do rigor científico, excelentes capacidades profissionais. Pelo apoio, interesse e riqueza humana demonstrada ao longo do meu percurso académico e pessoal, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, possibilitando a concretização de mais um trabalho, nas melhores condições. As suas observações, ensinamentos prestados e disponibilidade foram essenciais para a realização deste trabalho. O meu muito obrigado!

À Enfermeira Manuela Amaral, Enfermeira Gestora do Serviço de Medicina Materno Fetal, no período em que decorreu este projeto, pela disponibilidade e interesse apresentado na execução do estudo, pelos ensinamentos demonstrados, pelo seu sentir em Enfermagem.

À equipa de enfermagem do Serviço de Medicina Materno Fetal, sem a qual não poderia ter sido possível a concretização deste estudo.

Cumpr-me ainda agradecer ao Conselho de Administração, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, pela autorização concedida, na aplicação das entrevistas, permitindo a viabilização deste trabalho.

À minha família em particular ao meu marido Rui, que nos momentos de desânimo me apoiaram e encorajaram. Aos meus filhos que me acompanharam de perto. Muito Obrigada!

A todos que comigo colaboraram, de uma forma ou de outra, tornando possível a sua realização, agradeço com amizade.

## RESUMO

Com este projeto pretendeu-se contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, no processo de cuidar da mulher/família aquando do nascimento prematuro.

Tornar-se mãe e pai gera uma fase de transição no ciclo familiar e o casal ambiciona a vinda de um filho perfeito. Porém, a prematuridade vem dissolver as fantasias e os desejos. Assim, o momento de transição para a parentalidade de um casal com um filho prematuro exige um cuidar específico e personalizado. Com o estudo qualitativo aqui realizado concluiu-se que os enfermeiros têm o dever de conhecer, na sua singularidade, a família de quem cuidam, atuando em parceria de forma a responder eficazmente às necessidades da mesma, conferindo-lhes informações e conhecimentos de modo a facilitar e a capacitá-los para o processo de transição para a parentalidade, começando a estimulação das competências parentais ainda durante a gravidez.

**Descritores em Ciências da Saúde:** Parentalidade, Nascimento prematuro, Recém-nascido prematuro, Enfermeiro Obstetra.

## **Title**

Premature birth: midwifery interventions in prenatal preparation and in the transition to parenthood.

## **ABSTRACT**

This project aimed to contribute to the development and improvement of the midwife intervention, in the process of caring for the woman / family at the time of premature birth.

Becoming a mother and father creates a transition phase in the family cycle and the couple aspires to have a perfect child. However, prematurity comes to dissolve fantasies and desires. Thus, the moment of transition to the parenting of a couple with a premature child requires specific and personalized care. With the qualitative study conducted here, it was concluded that midwives have a duty to know, in their singularity, the family they care for, acting in partnership in order to respond effectively to their needs, providing them with information and knowledge in order to facilitate and qualify them for the transition to parenting, beginning the stimulation of parenting skills even during pregnancy.

**Health Sciences Descriptors:** Parenting; premature birth; Infant, Premature; Nurse Midwives.

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO.....</b>	<b>16</b>
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO .....	17
2.2 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	21
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES .....</b>	<b>25</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	25
3.1.1 <i>Caracterização da população alvo / enfermeiros</i> .....	26
3.1.2 <i>Caracterização da população alvo / grávidas</i> .....	28
3.2 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO .....	31
3.3 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO ALVO .....	44
3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO .....	52
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....</b>	<b>54</b>
4.1 OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....	54
4.2 OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO .....	56
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES .....</b>	<b>58</b>
5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	60
5.2 METODOLOGIAS .....	63
5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS .....	67
5.4 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS ENVOLVIDOS .....	68
5.5 CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS .....	69
5.6 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	70
<b>6. ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....</b>	<b>72</b>
6.1 AVALIAÇÃO DE OBJETIVOS .....	72
6.2 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA .....	72
6.3 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS ..	76
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....</b>	<b>77</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>88</b>
<b>APÊNDICE 1 – PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO SUBMETIDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL.....</b>	<b>89</b>



<b>APÊNDICE 2 – APRESENTAÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO .....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE 3 – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “AS UNIDADES DE NEONATOLOGIA”.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE 4 – FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE PREMATURA – PROTOCOLO DE ATUAÇÃO” .....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICE 5 – INSTRUÇÃO DE TRABALHO: “PROTOCOLO DE ATUAÇÃO – PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE PREMATURA” .....</b>	<b>141</b>
<b>APÊNDICE 6 – ÁLBUM SERIADO DO BEBÉ PREMATURO .....</b>	<b>144</b>
<b>APÊNDICE 7 – GUIÃO DAS ENTREVISTAS .....</b>	<b>173</b>
<b>APÊNDICE 8 – CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO 1 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO NAS ÁREAS DA SAÚDE HUMANA E BEM-ESTAR DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA .....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO 2 – PARECER DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL.....</b>	<b>180</b>

<b><u>ÍNDICE DE TABELAS</u></b>	
<b>Tabela 1</b> .....	Estatística do Movimento Assistencial da UMMF
<b>Tabela 2</b> .....	Idade Gestacional da PB
<b>Tabela 3</b> .....	Índice Obstétrico da PB
<b>Tabela 4</b> .....	Dias de Internamento na UMMF da PB
<b>Tabela 5</b> .....	Fatores de Risco do Parto Prematuro
<b>Tabela 6</b> .....	Frequência de ocorrência das palavras das entrevistas de PA
<b>Tabela 7</b> .....	Frequência de ocorrência das palavras das entrevistas de PB
<b>Tabela 8</b> .....	Livro de Códigos
<b>Tabela 9</b> .....	Tabela de Referência Cruzada – Dúvidas
<b>Tabela 10</b> .....	Tabela de Referência Cruzada – Parto Prematuro
<b>Tabela 11</b> .....	Matriz estrutural – Dúvidas
<b>Tabela 12</b> .....	Matriz estrutural – Parto Prematuro
<b>Tabela 13</b> .....	Planeamento do Objetivo Específico 1 (PA)
<b>Tabela 14</b> .....	Planeamento do Objetivo Específico 2 (PB)
<b>Tabela 15</b> .....	Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: “As Unidade de Neonatologia”
<b>Tabela 16</b> .....	Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: “Preparação para a Parentalidade Prematura – Protocolo de Atuação”
<b>Tabela 17</b> .....	Avaliação das Sessões de Preparação Pré-Natal para a Parentalidade Prematura

<b><u>ÍNDICE DE FIGURAS</u></b>	
<b>Figura 1</b> .....	Planta do SMMF
<b>Figura 2</b> .....	Idade da PA
<b>Figura 3</b> .....	Habilitações Académicas da PA
<b>Figura 4</b> .....	Título Profissional da PA
<b>Figura 5</b> .....	Anos de Experiência Profissional da PA
<b>Figura 6</b> .....	Anos de Experiência Profissional da Área de Saúde Materna e Obstetrícia da PA
<b>Figura 7</b> .....	Idade da PB
<b>Figura 8</b> .....	Habilitações Académicas da PB
<b>Figura 9</b> .....	Estado Civil da PB
<b>Figura 10</b> .....	Número de Consultas de Vigilância Pré-Natal Realizadas
<b>Figura 11</b> .....	Nuvem de palavras das entrevistas da PA
<b>Figura 12</b> .....	Dendrograma das CFP das entrevistas da PA
<b>Figura 13</b> .....	Nuvem de palavras das entrevistas da PB
<b>Figura 14</b> .....	Dendrograma das CFP das entrevistas da PB
<b>Figura 15</b> .....	Mapa de projeto - Categoria Dúvidas
<b>Figura 16</b> .....	Mapa de projeto - Categoria Parto Prematuro
<b>Figura 17</b> .....	Diagrama de comparação entre as duas populações
<b>Figura 18</b> .....	Teoria das Transições de Meleis

## **1. INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto, inserida no plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora (UE) – Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, surgiu o desafio para a realização de um relatório referente a uma problemática implícita na prática de cuidados especializados.

Este trabalho tem por base a metodologia de projeto definida como uma atividade intencional, onde o investigador escolhe um problema de seu interesse, produzindo conhecimentos, adquirindo capacidades, revendo/adquirindo atitudes, resolvendo problemas que o preocupam (Cortesão, 1991).

A primeira etapa da metodologia do trabalho de projeto consiste na identificação/formulação do problema. A problemática subjacente a este trabalho é a da preparação pré-natal e a transição para a parentalidade, aquando do nascimento prematuro. A escolha desta área do conhecimento resultou de um momento de reflexão e de pesquisa interior, acabando por espelhar o meu percurso profissional. Iniciei a minha vida profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC) na qual tive contacto com recém-nascidos (RN)/famílias prematuros. Tendo sido transferida para a Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF), após a obtenção do título de enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). Nesta Unidade centro os cuidados na mulher/família, no ciclo de fertilidade e no âmbito da parentalidade, em situação de doença / risco materno-fetal e na fase latente do trabalho de parto, a nível hospitalar, tendo em vista a promoção de saúde e bem-estar da mulher/família com gravidez de risco que culminam em partos prematuros. De certo modo, a boa relação e articulação que existe entre as duas Unidades também contribuíram para a escolha realizada.

A nível mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018), ocorrem cerca de quinze milhões de partos prematuros (com idade gestacional inferior a 37 semanas) por ano. Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2019), nos últimos anos têm-se registado um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros, de

7,4% em 2011 para 8% em 2018. No Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC), em 2016 a percentagem de partos prematuros foi de 12,7%, valor superior à média nacional.

Tendo presente o facto de que *“o nascimento de uma criança prematura representa uma prova muitas vezes difícil de superar para os pais”* (Mazet & Stoleru, 2003, p.285), é um acontecimento inesperado e ameaçador, representando sempre uma crise emocional para os pais. O parto surge num momento em que os pais ainda não estão preparados, pondo um termo brusco a todas as fantasias, comprometendo-se assim a adaptação destes. Os sentimentos que esperavam vivenciar são substituídos por outros muito confusos e intensos, por vezes paradoxais (Barros, 2001), daí a importância da intervenção do enfermeiro, elemento de apoio significativo e facilitador da expressão e do controlo emocional. Deste modo, criando um ambiente de segurança e ao promover algum controlo emocional, o enfermeiro está a favorecer a adaptação dos pais ao seu novo papel, preparando-os para desempenhar as suas tarefas parentais.

Quando o RN prematuro necessita de ser internado numa UCIN ocorre uma separação logo após o seu nascimento. Este é acolhido num ambiente extremamente hostil, agressivo, confuso e gerador de stress (para os RNs e para os pais). Os RNs prematuros passam assim os seus primeiros tempos de vida em condições ambientais que restringem as ocasiões de estabelecer contacto com os pais. Por seu turno, para os pais a visão de um RN extremamente doente, cercado de aparelhos, tubos e fios torna-se muito dolorosa. Desta forma a qualidade do contacto inicial entre ambos irá ser influenciada.

De acordo com o Regulamento nº391/2019, da Ordem dos Enfermeiros, é da competência profissional do EESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, tendo em consideração os três níveis de prevenção. Mediante estes aspetos torna-se evidente que compete ao EESMO fazer mais e melhor pela saúde de cada mulher/família, garantindo condições científicas, técnicas e humanas que favoreçam uma experiência da transição para a parentalidade prematura esclarecida, e acima de tudo, segura e feliz, com ganhos em saúde.

Perante tudo o que foi referido é primordial e indispensável que o enfermeiro desenvolva a capacidade de estar atento às necessidades, às expectativas e aos receios dos pais, pois só assim os cuidados prestados são individualizados, dirigidos para a especificidade de cada situação. E é aqui que o EESMO pode desempenhar um papel fundamental, o de promotor da relação precoce entre os pais e o RN. Assim, torna-se pertinente refletir em conjunto com a UCIN e estabelecer uma parceria que permita construir uma base sólida de cuidados que ajudem os pais na transição para a parentalidade em situações de nascimento prematuro.

Deste modo pretende-se com a implementação deste projeto dar contributos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do EESMO, no processo de cuidar da mulher/família, preparando-os para a transição para a parentalidade aquando do nascimento prematuro.

Assim sendo, formulou-se como objetivo geral deste trabalho o seguinte: contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento. Os objetivos específicos são os subseqüentes: 1) uniformizar os cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro e 2) capacitar a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

Este estudo terá uma abordagem qualitativa. Os estudos de abordagem qualitativa, tal como nos refere Coutinho (2013), procuram entrar no mundo pessoal dos sujeitos estudados, de forma a se saber como eles interpretam as diversas situações e quais os significados que têm para eles. Tentando-se assim compreender as situações pelo ponto de vista de que as vive.

Este trabalho inclui duas populações alvo: a população alvo A (PA), constituída pelos enfermeiros da UMMF e a população alvo B (PB), constituída pelas utentes. O instrumento de colheita de dados utilizado foi a entrevista não estruturada, aplicada aos enfermeiros da UMMF e às utentes, de acordo com os critérios definidos para inclusão no estudo. Na análise dos resultados das entrevistas, utilizou-se o programa informático *Nvivo 13*.

Iniciou-se por submeter um pedido de avaliação do projeto à Comissão de Ética Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-estar da UE obtendo-se o seu parecer favorável<sup>1</sup> a 29/11/2017. De seguida, foi submetida uma proposta de trabalho de projeto a 13/12/2017, com aprovação a 04/01/2018 por parte do Conselho Científico da escola. Posteriormente o projeto foi apresentado ao Conselho de Administração do CHULC<sup>2</sup>, tendo obtido também parecer positivo<sup>3</sup> a 01/03/2018.

O presente trabalho encontra-se organizado em seis capítulos. Após a introdução, começa-se por realizar uma análise do contexto, com caracterização do ambiente onde foi aplicado o estudo e com uma descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências. Segue-se uma análise da população, onde se apresenta a caracterização geral da população/utentes, os cuidados e necessidades específicas da população-alvo, os estudos sobre programas de intervenção da mesma e o seu recrutamento. No capítulo seguinte, realiza-se uma análise reflexiva sobre os objetivos de intervenção profissional e sobre os objetivos a atingir com a população alvo. Passando no capítulo seguinte para a análise reflexiva sobre as intervenções. A análise sobre o processo de avaliação e controlo constitui o capítulo cinco. Apresentando-se depois a análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas. Por último apresenta-se as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices e anexos. Este relatório foi redigido de acordo com as normas da *American Psychological Association* (APA) e foi redigido de acordo com o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

---

<sup>1</sup> Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-estar da UE.

<sup>2</sup> Apêndice 1: Protocolo de Investigação submetido ao Conselho de Administração do CHULC.

<sup>3</sup> Anexo 2: Parecer do Conselho de Administração do CHULC.

## **2. ANÁLISE DO CONTEXTO**

Tal como foi referido na Introdução deste Relatório, o presente Trabalho de Projeto foi desenvolvido na UMMF, no Pólo MAC, do CHULC. Pelo que se segue uma breve resenha histórica da sua evolução, desde o seu planeamento até aos dias de hoje.

No dia 31 de maio de 1932, foi inaugurada a Maternidade de Lisboa com o nome de Dr. Alfredo da Costa, homenageando o médico que muito lutou pela sua criação. Tendo a sua abertura ao público ocorrido a 5 de dezembro de 1932. A lotação inicial da Maternidade era de 300 camas, 250 para a Obstetrícia e 50 para Ginecologia. A 8 de dezembro de 1932 ocorreu o primeiro parto e a 6 de janeiro de 1933 foi internada a primeira grávida para vigilância. Observou-se depois um movimento muito rápido de crescimento e o número de grávidas internadas sextuplicou logo no primeiro ano, tendo sido registados 2179 partos. A Maternidade evoluiu e tornou-se também num centro de assistência médico-social e de trabalho científico. Na altura, já era considerada um marco de qualidade na prestação de cuidados obstétricos e neonatais em Portugal (Campos, Fernandes, 2013).

Num passado mais recente, em 2001, a MAC foi classificada como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, no âmbito do Programa de Saúde Materno Infantil, recebendo grávidas e recém-nascidos para além da sua área de abrangência local, nomeadamente do sul do país e das Ilhas dos Açores e Madeira. Em 2009 foi acreditada como Hospital Amigo dos Bebés, tendo passado pelo processo de re-acreditação em 2014. No ano de 2015 foi acreditado e certificado pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

A partir de 1 de Março de 2012, conforme o DL n.º 44/2012 de 23 de Fevereiro, a MAC integrou o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, que em 2018 foi oficialmente reconhecido como centro universitário, passando a ser designado como Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE (CHULC) (Decreto-Lei n.º 61/ 2018, de 3 de agosto).

Este hospital tem como por missão prestar cuidados de saúde diferenciados, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A atividade do CHULC, EPE assegura a cada doente cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e numa



lógica de governação clínica, promove uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, abrangendo, ainda, as áreas de investigação, ensino, prevenção e continuidade de cuidados, conforme o primado do doente (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, 2018).

O CHULC é um hospital central, com ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, sendo reconhecido pela excelência clínica, eficácia e eficiência assumindo-se como instituição de referência. O CHULC pauta a sua atividade pelos seguintes valores: competência técnica, ética profissional, segurança e conforto para o doente, responsabilidade e transparência, cultura de serviço centrada no doente, melhoria contínua da qualidade, cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, atividade orientada para resultados, trabalho em equipa/multidisciplinar e pluriprofissional e boas condições de trabalho. São objetivos do CHULC: 1) prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; 2) intervir na prevenção da doença; 3) otimizar a utilização dos recursos disponíveis; 4) constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados; 5) promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência; 6) prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica; 7) promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito bem como, uma política de formação contínua e 8) desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro (Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, 2018).

## **2.1 Caracterização do ambiente de realização do Trabalho de Projeto**

O presente Trabalho de Projeto foi desenvolvido na UMMF, que integra o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do CHULC, estando localizado na ala nascente-norte do primeiro piso da MAC.

A UMMF está direcionada para a prestação de cuidados perinatais diferenciados à mulher/casal, em situação de doença/risco materno-fetal, na fase latente do trabalho de parto e em situações de interrupção de gravidez. As patologias / motivos de internamento mais frequentes que requerem internamento nesta unidade são: a ameaça de parto pré-termo (APPT), a hipertensão arterial (crónica ou induzida pela gravidez), a pré-eclâmpsia, a rutura prematura pré-termo de membranas, as hemorragias do segundo e terceiro trimestre, a restrição do crescimento fetal, a colestase gravídica, a diabetes (*mellitus* ou gestacional), as pielonefrites, as gravidezes gemelares, as induções de trabalho de parto e as interrupções da gravidez (médicas ou voluntárias). Sendo cerca de 60% dos internamentos de situações de alto risco materno-fetal ou de grande prematuridade.

Esta unidade tem uma lotação de vinte e quatro camas, distribuídas por quatro enfermarias (designadas pelos números 114, 116, 120 e 121). A enfermaria 114 tem seis camas, a 116 tem oito camas, a 120 tem sete camas e a 121 tem três camas. As utentes podem ser internadas através da Consulta Externa, do Serviço de Urgência, da Unidade de Recobro e Cuidados Intermédios (URCI) e do Diagnóstico Pré-Natal. Sendo alocadas às vagas disponíveis nas salas 114/116/120 as situações de gravidez evolutiva e à sala 121 as situações de interrupção da gravidez (médica ou voluntária) e de fetos mortos.

Quanto às estatísticas do movimento assistencial da UMMF<sup>4</sup>, no ano em que se realizou o estudo, 2018 e nos dois anos anteriores, os dados são os apresentados na Tabela 1 – Estatística do Movimento Assistencial da UMMF:

Ano	Admissões					Saídas			Demora média do internamento	Taxa de ocupação
	Urgência	Consulta	Transferência		Total	Alta	Transferência			
			Interna	Externa			Interna	Externa		
2016	412	579	635	2	1628	454	1175	1	4.09	86,13%
2017	474	792	477	2	1744	525	1217	3	3.56	85,29%
2018	449	745	461	1	1656	473	1174	6	3.89	87,73%

Tabela 1 – Estatística do Movimento Assistencial da UMMF

<sup>4</sup> Dados disponíveis na *intranet* do CHULC, na Área de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão.

No que se refere à sua estrutura física, esta unidade dispõe-se tal como apresentado na Figura 1 – Planta da UMMF, sendo constituída por:

- 4 enfermarias - a sala 114, a 116, a 120 e a 121, cada uma delas com uma zona de duche
- 1 sala de enfermagem
- 1 sala de reuniões
- 1 gabinete da Enfermeira Chefe
- 1 balcão administrativo
- 1 copa
- 1 instalação sanitária, com um duche e quatro wc
- 1 zona de sujios
- 2 halls – o da direita que dá acesso ao bloco operatório, à URCl, ao serviço de urgência, ao serviço de puerpério e à unidade de neonatologia; e o hall da esquerda que dá acesso às consultas externas e também ao serviço de urgência.

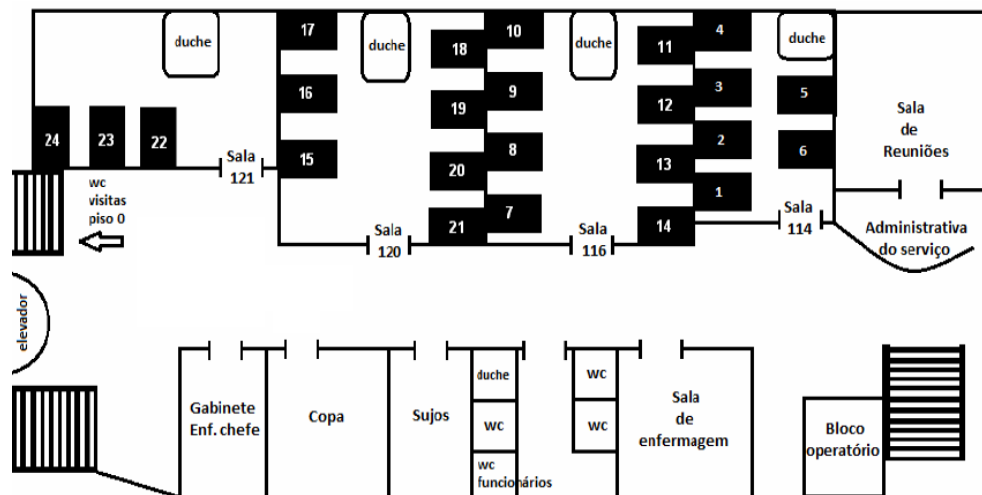


Figura 1 – Planta da UMMF

No que diz respeito aos recursos humanos a UMMF integra a equipa de enfermagem, a equipa médica de obstetrícia, as assistentes operacionais e a assistente técnica. À data da realização deste estudo a equipa de enfermagem era composta por vinte e dois enfermeiros: uma enfermeira chefe (EESMO), treze EESMOs e oito enfermeiros. No entanto dois elementos estão ausentes, um por doença prolongada e outro por licença parental. Todos os elementos têm um horário de trabalho de 35h semanais, trabalhando em regime de

rotação de turnos, com exceção para a chefia e para o elemento que a substitui, que realizam horário fixo em dias úteis. Nos turnos da manhã dos dias úteis estão escalados quatro enfermeiros (sendo pelo menos dois deles EESMOS) e nos restantes turnos estão três enfermeiros (sendo pelo menos um deles EESMO). A equipa médica é constituída por seis médicos assistentes de obstetrícia e seis internos da especialidade de obstetrícia e ginecologia. Esta equipa está presente na UMMF de segunda-feira a sábado, entre as 9-14 horas. Fora deste horário, são os médicos escalados no serviço de urgência que dão apoio ao internamento, sempre que necessário. As assistentes operacionais são seis no seu total. Todas com uma carga horário de 35h semanais, estando apenas uma delas com horário fixo nas manhãs dos dias úteis, estando as restantes em regime de rotação de turnos. No turno da manhã dos dias úteis estão sempre escalados dois elementos e nos restantes turnos apenas um. A UMMF tem também o apoio de uma assistente técnica, disponível entre as 8-16 horas dos dias úteis. Para além destes elementos, a UMMF poderá solicitar o apoio da restante equipa clínica multidisciplinar do CHULC, nomeadamente: diversas especialidades médicas (medicina interna, endocrinologia, anestesiologia, pediatria,...), nutrição e dietética, psicologia, serviço social, fisioterapia, farmácia e laboratório.

No que se refere aos recursos materiais, cada unidade de internamento é constituída por uma cama articulada, uma mesa de cabeceira, uma mesa de refeição e uma cadeira, sendo possível isolar cada unidade com uma cortina que envolve toda a unidade. Em cada enfermaria existe um cadeirão, televisores (um na sala 114 e 121 e dois na 116 e 120) e um carro de apoio (com os materiais clínicos utilizados nos cuidados de higiene e conforto). Aquando do internamento das utentes é-lhes entregue um kit de admissão (com uma camisa de dormir, uma toalha, uma cueca descartável e uns chinelos descartáveis).

Em termos de equipamentos existem: dois monitores portáteis dos parâmetros vitais, onze cardiotocógrafos, dois aparelhos portáteis para auscultação da frequência cardíaca fetal, um termómetro timpânico e nove computadores (dois na sala de enfermagem, dois na sala de reuniões, dois no balcão administrativo, um no gabinete da enfermeira chefe, um na sala 116 e um na sala 120) e um frigorífico (para utilização clínica). Também está dotado de uma maca, duas cadeiras de rodas, uma cadeira de banho e uma tábua de transferência. Para além de existirem os elementos que constituem as unidades de internamento e os

equipamentos anteriormente descritos, existe um vasto conjunto de outros materiais de consumo clínico (essenciais para a prestação direta de cuidados).

## **2.2 Descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências**

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)<sup>5</sup>, no ponto 1 do Artigo 4º, a profissão de enfermagem tem como objetivo principal a prestação de cuidados de enfermagem ao ser humano, saudável ou doente, durante seu ciclo de vida e à sociedade em que se encontra inserido, com o intuito de manter, melhorar e recuperar a saúde, de forma a que este consiga atingir uma capacidade funcional máxima o mais rápido possível (Ordem dos Enfermeiros, 2016). Sendo também descrito no REPE, no ponto 3 do Artigo 4º, que o enfermeiro especialista é um enfermeiro com um curso de especialização em enfermagem ou de estudos superiores especializado enfermagem, tendo-lhe sido atribuído o título profissional de enfermeiro especialista, *“que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2016, p.95).

A profissão de enfermagem e a atividade do EESMO é regulada em Portugal pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que, no âmbito do processo de aquisição de competências, definiu o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista<sup>6</sup> e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica e, em paralelo, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Estando todos ligados entre si pois, tal como refere a OE (2018), estando o conhecimento em contínuo desenvolvimento, as competências também irão acompanhar esse desenvolvimento e, os padrões de qualidade, que também são sujeitos a um

---

<sup>5</sup> Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro.

<sup>6</sup> Regulamento n.º 140/2019.

aperfeiçoamento sistemático, são considerados o ponto de partida para a elaboração e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no ponto 3 do Artigo 2.º, refere que o enfermeiro especialista detém *“um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4745). Onde estão agrupadas as competências comuns dos enfermeiros especialistas em quatro domínios: 1) responsabilidade profissional, ética e legal, 2) melhoria contínua da qualidade, 3) gestão dos cuidados e 4) desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Em termos específicos do EESMO, no ponto 1 do Artigo 4.º do Regulamento nº391/2019<sup>7</sup> estão descritas as suas sete competências específicas: a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal; e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Já no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica é referido que a *“qualidade dos cuidados guarda uma estreita ligação com a competência profissional: só com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.2). Sendo enumerados os enunciados descritivos dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica: 1) a satisfação do cliente; 2) a promoção da saúde; 3) a

---

<sup>7</sup> Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

prevenção de complicações; 4) o bem-estar e o autocuidado; 5) a readaptação funcional e a 6) a organização dos cuidados de enfermagem.

De referir ainda que todo este enquadramento legislativo das competências do EESMO, está em concordância com o que é preconizado a nível internacional pela Confederação Internacional de Parteiras (*International Confederation of Midwives*). As competências essenciais para a Prática do EESMO desta confederação descrevem o conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais exigidos, estando as competências essenciais dispostas numa estrutura de quatro categorias essenciais, que se interrelacionam. Sendo elas as seguintes: 1) competências gerais, que se aplicam a todos os aspetos da prática de uma parteira; 2) competências específicas dos cuidados prestados no período pré-concepcional e pré-natal; 3) competências específicas dos cuidados prestados no trabalho de parto e parto e 4) competências específicas dos cuidados prestados à puérpera e ao RN (*International Confederation of Midwives*, 2019).

Todas estas premissas têm sido o guia da minha prática profissional. Todas estas competências, para as quais comecei a trabalhar em 2004 ao terminar o curso de licenciatura em enfermagem, foram-me reconhecidas com o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia em 2009. Desde então, ao longo de catorze anos de exercício profissional, o objetivo principal do meu exercício tem sido a prestação de cuidados de enfermagem especializados de elevada qualidade. Procurando sempre no conhecimento/evidências científicas o aperfeiçoamento da minha prática profissional, refletindo sobre a mesma com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Desde 2013 que exerço funções de EESMO na UMMF da MAC no CHULC, prestando cuidados de enfermagem especializados à mulher/família, no ciclo de fertilidade e no âmbito da parentalidade, em situação de doença / risco materno-fetal, a nível hospitalar, tendo em vista a promoção de saúde e bem-estar da mulher/família. E, tal como referido no subcapítulo anterior, grande parte da população-alvo dos meus cuidados são mulheres grávidas com elevado risco de ter um parto prematuro.

Nos casos em que é necessário proceder ao internamento da grávida num Serviço de Saúde, por estar em risco o bem-estar materno-fetal, gera-se uma grande ansiedade no casal e a muitos deles deparam-se pela primeira vez com algo muito assustador, intenso e confuso e, o que esperavam sentir é substituído por sentimentos (Barros, 2001). Daí a importância da intervenção do enfermeiro (como elemento de apoio significativo) no facilitar a expressão e o controlo emocional, que por seu turno irá promover o bem-estar da grávida e família. Os pais encontram junto do enfermeiro, *“num ambiente de segurança e proteção, [quem] os ajude a exprimir o que sentem, e lhes assegure que aqueles sentimentos são normais e, progressivamente podem vir a ser controláveis”* (Barros, 2001, p.308). Deste modo, ao promover algum controlo emocional está-se a favorecer a adaptação dos pais ao seu novo papel, preparando-os para desempenhar as suas tarefas parentais.

Por outro lado, muitas das dúvidas que são apresentadas pela grávida/casal relacionam-se com o facto do internamento durante a gravidez intensificar os sentimentos de preocupação com o risco que representa para a mãe e o feto, sendo causador de muita angústia (Silva & Silva, 2004). Todo o conhecimento que o enfermeiro pode obter sobre os medos e ansiedades daqueles casais só é possível devido à relação terapêutica que se estabelece entre eles na qual a comunicação se reveste de importância primordial (Collière, 1999).

Mediante estes aspetos torna-se evidente que compete ao EESMO fazer mais e melhor pela saúde de cada mulher/casal/família, garantindo condições científicas, técnicas e humanas que favoreçam uma experiência da parentalidade esclarecida, e acima de tudo, segura e feliz.



### **3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES**

#### **3.1 Caracterização geral da população/utentes**

A área assistencial da MAC do CHULC cobre parte da área de Metropolitana de Lisboa e, por ser um hospital diferenciado e de referência no apoio perinatal, também abrange a zona Sul do país (Alentejo e Algarve) e as Regiões Autónomas do Açores e Madeira. Sendo assim, a população que recorre a esta unidade hospitalar é muito diversa em termos socioculturais.

Os motivos de internamento na UMMF são diversos e já foram apresentados anteriormente, porém muitos deles estão associados ao nascimento prematuro.

A OMS define o parto prematuro todo o que ocorre antes das trinta e sete semanas de idade gestacional (IG), sendo o determinante mais importante em termos de desfechos adversos neonatais e em termos de sobrevivência e qualidade de vida. Mundialmente é a principal causa de morte e morbidade perinatal e neonatal (World Health Organization, 2015).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016), os dados indicam que o RN nascido antes das vinte e três semanas de IG e com menos de quinhentas gramas de peso têm uma pequena probabilidade de sobreviver sem sequelas. Por outro lado, também indicam que os RN nascidos com mais de vinte e cinco semanas de IG e mais de seiscentas gramas de peso têm uma percentagem de sobrevivência superior a 60% e que pelo menos 50% não desenvolvem sequelas severas a longo prazo. *“Assim o grupo de prematuros nascidos entre as 23 semanas de IG as 24 semanas e 6 dias de IG e peso de nascimento entre 500 e 599 g constituem a “zona cinzenta” da viabilidade”* (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016, p.2).

O parto prematuro é também o motivo mais comum de internamento pré-natal. Apesar das causas exatas do parto prematuro não estarem ainda totalmente compreendidas, as consequências do nascimento prematuro são claras: correspondem a cerca de 70% da mortalidade neonatal e 36% da mortalidade infantil, causando entre 25-50% de sequelas neurológicas a longo prazo (*The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2016).

Quanto à população alvo, este projeto incluiu duas populações alvo, designadas de população alvo A (PA) e população alvo B (PB), que passo de seguida a caracterizar.

### 3.1.1 Caracterização da população alvo / enfermeiros

A PA é constituída pelos enfermeiros que prestam cuidados na UMMF da MAC do CHULC que cumpram com os critérios de inclusão na amostra<sup>8</sup>. De referir que os critérios aplicados estão relacionados com a experiência profissional na área, de forma a que os enfermeiros incluídos neste estudo já tenham adquirido e integrado competências básicas nesta área dos cuidados.

No período em que decorreram as entrevistas, 6 enfermeiros cumpriram com os critérios de inclusão na amostra. De seguida apresento as características socioprofissionais desta população, nomeadamente: idade (Figura 2), habilitações académicas (Figura 3), título profissional (Figura 4), anos de experiência profissional (Figura 5) e anos de experiência profissional na área de saúde materna e obstetrícia (Figura 6).

Tal como se pode observar na Figura 2, metade dos enfermeiros entrevistados tinha entre 30-35 anos de idade, havendo um com idade entre os 25-30 anos, um com idade entre os 40-45 anos e um com idade entre os 50-55 anos de idade. Sendo a média de idades da PA os 37 anos, o valor mínimo 28 e o máximo 51 anos de idade.

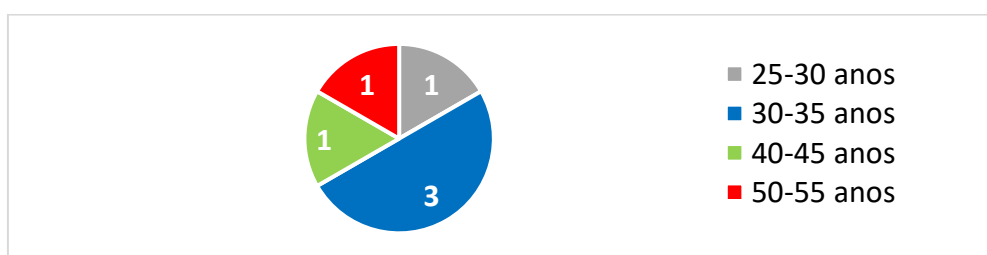


Figura 2: Idade da PA

Na Figura 2 é possível observar que dois terços da PA têm Licenciatura e um terço tem mestrado. De acrescentar que os mestrados são em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

<sup>8</sup> Consultar sub-capítulo 3.4 – Recrutamento da População Alvo.

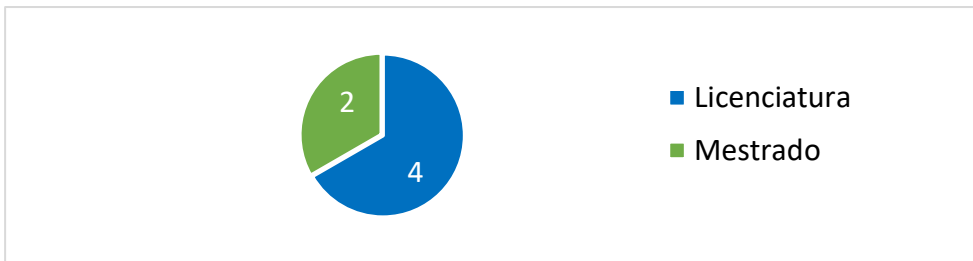


Figura 2: Habilitações Académicas da PA

Da leitura da Figura 4 é possível constatar que a maioria dos enfermeiros entrevistados foram EEMOS, sendo apenas um deles enfermeiro de cuidados gerais.

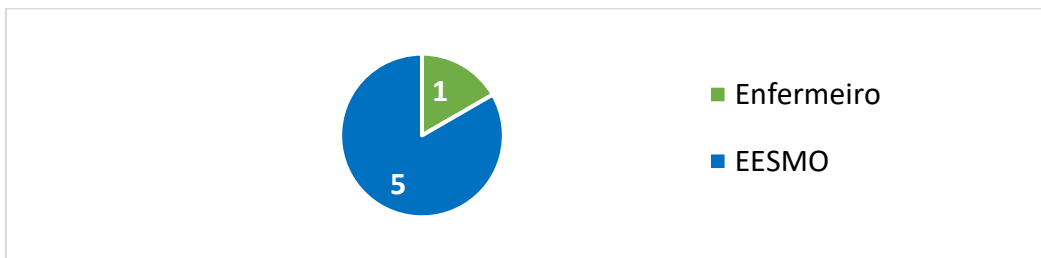


Figura 4: Título Profissional da PA

Ao observar a Figura 5 verifica-se que mais de metade da PA tem entre dez-vinte anos de experiência profissional, havendo apenas um com menos de dez anos e outro com experiência entre os trinta-quarenta anos. Sendo o valor médio de quinze anos de exercício profissional, com um mínimo de quatro anos e um máximo de trinta anos de experiência.

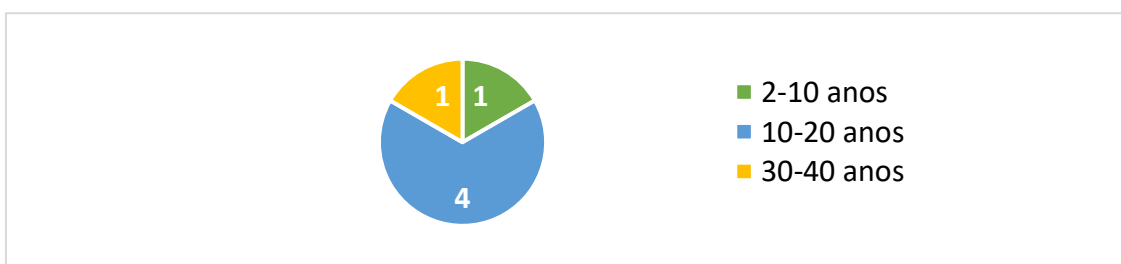


Figura 5: Anos de Experiência Profissional da PA

Por último, na Figura 6 pode-se observar que metade da PA tem entre um-cinco anos de experiência profissional na área de saúde materna e obstétrica, havendo dois elementos com experiência entre dez-quinze anos e um com uma experiência entre quinze-vinte anos.

Sendo o valor médio de oito anos, com um mínimo de um ano e um máximo de dezanove anos de experiência profissional na área.

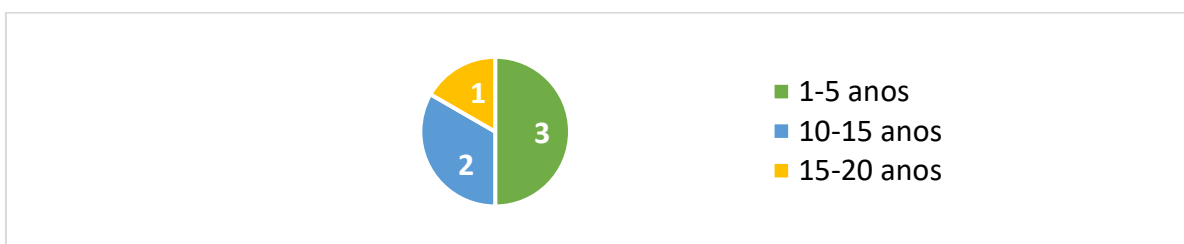


Figura 6: Anos de Experiência Profissional na Área de Saúde Materna e Obstetrícia da PA

### 3.1.2 Caracterização da população alvo / grávidas

A PB é constituída pelas mulheres grávidas internadas na UMMF da MAC no CHULC por ameaça de parto prematuro. Tendo em consideração que a população é internada nesta unidade pode ser muito diversa em termos socioculturais, foram definidos critérios de inclusão na amostra<sup>9</sup> de forma a eliminar as diferenças culturais que se poderiam encontrar, assim como se teve em consideração aspetos relacionados com a gravidez e sua vigilância.

No período em que decorreram as entrevistas, cinco mulheres/grávidas cumpriam com os critérios de inclusão na amostra. Apresentando de seguida as suas características sociodemográficas, nomeadamente: idade (Figura 7), habilitações académicas (Figura 8) e estado civil (Figura 9). Seguindo-se alguns dados obstétricos no momento da entrevista: idade gestacional (Tabela 2), número de consultas pré-natais realizadas (Figura 10), índice obstétrico (Tabela 3) e dias de internamento na UMMF (Tabela 4).

Tal como se pode observar no Figura 7, duas grávidas tinham entre 25-30 anos de idade, havendo uma com idade entre os 30-35 anos e duas com idade entre os 35-40 anos de idade. Sendo a média de idades da PB os trinta e um anos, o valor mínimo vinte e seis e o máximo trinta e oito anos de idade.

<sup>9</sup> Consultar sub-capítulo 3.4 – Recrutamento da População Alvo.

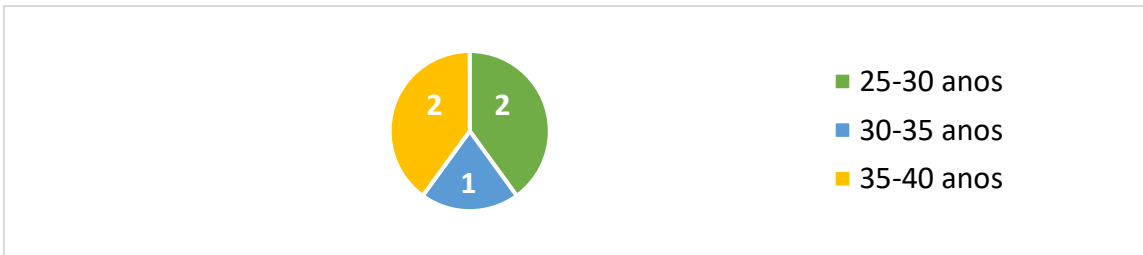


Figura 7: Idade da PB

No que se refere às habilitações académicas da PB, na Figura 8 constata-se que duas das entrevistadas tinham o ensino secundário, duas com licenciatura e uma com o 3º ciclo do ensino básico.

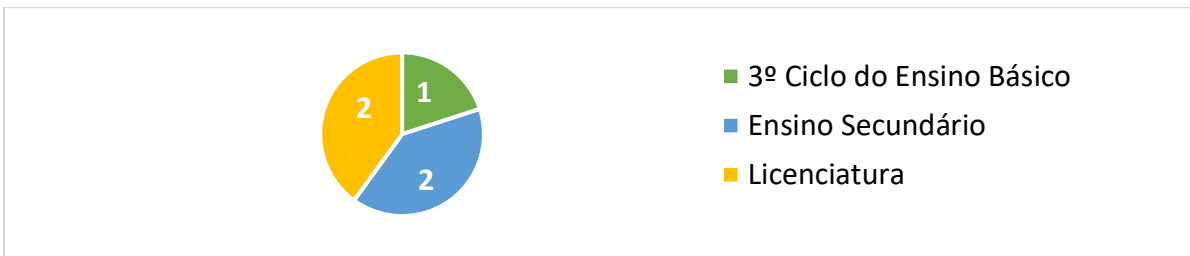


Figura 8: Habilitações Académicas da PB

Em termos de estado civil da PB há a observar que três eram casadas e duas solteiras – Figura 9.

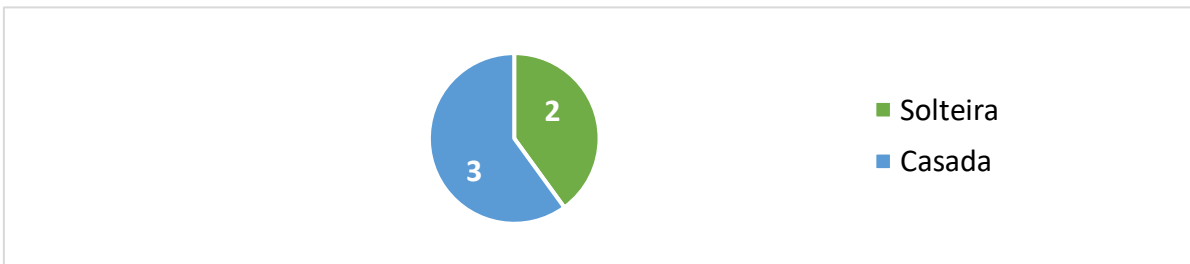


Figura 9: Estado Civil da PB

Quanto à idade gestacional que a gravidez de cada uma das entrevistadas tinha no momento da entrevista, pode-se observar na Tabela 2 que variou entre as 28 semanas e 6 dias e as 32 semanas e 1 dia.

	Grávida 1	Grávida 2	Grávida 3	Grávida 4	Grávida 5
Idade Gestacional (semanas + dias)	32s+1d	29s+2d	30s+3d	31s	28s+6d

Tabela 2 – Idade Gestacional da PB

Quanto ao número de consultas de vigilância pré-natal realizadas até ao dia em que foram internadas, verifica-se na Figura 10 que três delas já tinham realizado quatro consultas e duas tinham realizado cinco consultas.

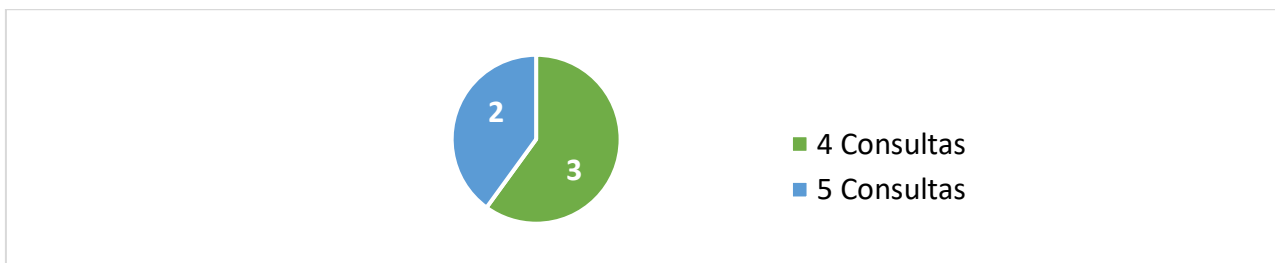


Figura 10: Número de Consultas de Vigilância Pré-Natal Realizadas

Relativamente ao índice obstétrico, pode observar-se na Tabela 3 que a maioria das entrevistadas estava pela primeira vez grávida e que, apenas uma delas, já tinha tido uma gravidez anterior de termo, tendo um filho vivo.

	Grávida 1	Grávida 2	Grávida 3	Grávida 4	Grávida 5
Índice Obstétrico	0-0-0-0	0-0-0-0	0-0-0-0	1-0-0-1	0-0-0-0

Tabela 3 – Índice Obstétrico da PB

Por último, apresentam-se os valores referentes à duração (em dias) do internamento na UMMF das entrevistadas, verificando-se na Tabela 4 que varia entre os dois dias e os sete dias de internamento.

	Grávida 1	Grávida 2	Grávida 3	Grávida 4	Grávida 5
Dias de Internamento	5	2	7	3	4

Tabela 4 – Dias de Internamento da UMMF da PB

### 3.2 Cuidados e necessidades específicas da população-alvo

Tal como mencionado anteriormente, na análise dos resultados das entrevistas realizadas, utilizou-se o programa informático *Nvivo 13*. Da análise realizada apresenta-se de seguida:

- ✓ A Nuvem de palavras referentes as entrevistas da PA e da PB, com as suas respetivas tabelas de frequência de ocorrência e dendrogramas de consulta de frequência de palavras (CFP);
- ✓ Categorizações das entrevistas via: livro de códigos, mapas de projeto, tabela de referência cruzada e matriz estrutural;
- ✓ Diagrama de comparação entre as duas populações.

#### ***Nuvem de palavras referentes às entrevistas da PA e da PB e tabelas de frequência de ocorrência***

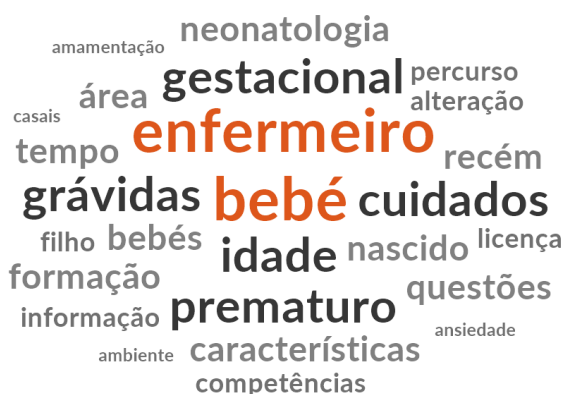


Figura 11 – Nuvem de palavras das entrevistas da PA

Palavra	Extensão	Contagem	Percentagem ponderada (%)	Palavras similares
bebé	4	8	3,36	Bebé
enfermeiro	10	6	2,52	Enfermeiro
idade	5	5	2,1	Idade
prematuro	9	5	2,1	prematuro, prematuros
cuidados	8	4	1,68	Cuidados
gestacional	11	4	1,68	Gestacional
grávidas	8	4	1,68	Grávidas
nascido	7	3	1,26	nascido, nascidos

bebés	5	3	1,26	Bebés
características	15	3	1,26	Características
formação	8	3	1,26	Formação
neonatologia	12	3	1,26	Neonatologia
questões	8	3	1,26	Questões
recém	5	3	1,26	Recém
tempo	5	3	1,26	Tempo
área	4	3	1,26	Área
alteração	9	2	0,84	alteração, alterações
competências	12	2	0,84	Competências
filho	5	2	0,84	filho, filhos
informação	10	2	0,84	Informação
licença	7	2	0,84	Licença
percurso	8	2	0,84	percurso, percursos
amamentação	11	1	0,42	Amamentação
ambiente	8	1	0,42	Ambiente
ansiedade	9	1	0,42	Ansiedade
casais	6	1	0,42	Casais

Tabela 6 – Frequência de ocorrência das palavras das entrevistas de PA

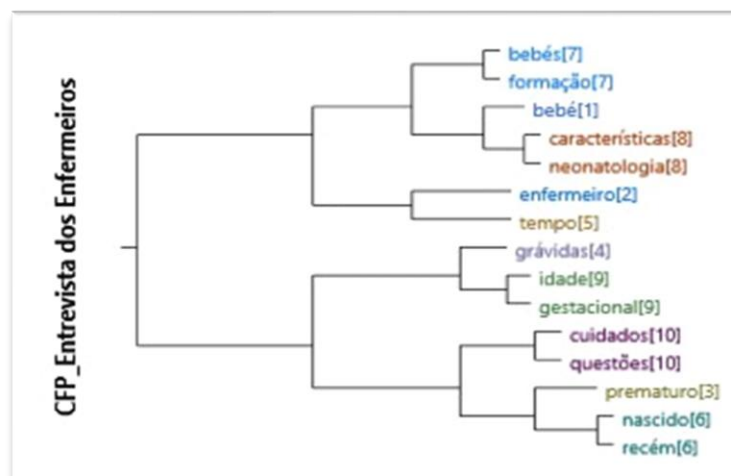


Figura 12 – Dendrograma das CFP das entrevistas da PA



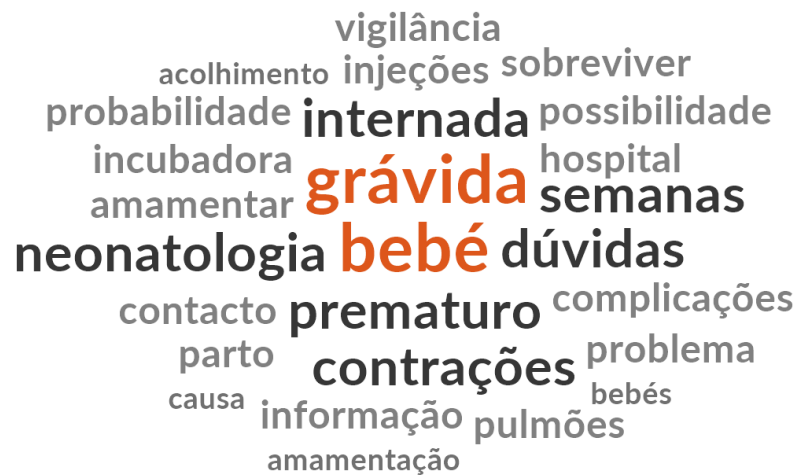


Figura 13 – Nuvem de palavras das entrevistas da PB

Palavra	Extensão	Contagem	Porcentagem ponderada (%)	Palavras similares
bebé	4	11	4,45	bebé
grávida	7	10	4,05	grávida
prematuro	9	5	2,02	prematuro, prematuros
contrações	10	3	1,21	contrações
dúvidas	7	3	1,21	dúvidas
internada	9	3	1,21	internada
neonatologia	12	3	1,21	neonatologia
semanas	7	3	1,21	semanas
amamentar	9	2	0,81	amamentar
complicações	12	2	0,81	complicações
contacto	8	2	0,81	contacto
hospital	8	2	0,81	hospital
incubadora	10	2	0,81	incubadora
informação	10	2	0,81	informação, informações
injeções	8	2	0,81	injeções
parto	5	2	0,81	parto
possibilidade	13	2	0,81	possibilidade
probabilidade	13	2	0,81	probabilidade, probabilidades
problema	8	2	0,81	problema
pulmões	7	2	0,81	pulmões
sobreviver	10	2	0,81	sobreviver
vigilância	10	2	0,81	vigilância
acolhimento	11	1	0,4	acolhimento
amamentação	11	1	0,4	amamentação
bebés	5	1	0,4	bebés
causa	5	1	0,4	causa

Tabela 7 – Frequência de ocorrência das palavras das entrevistas de PB

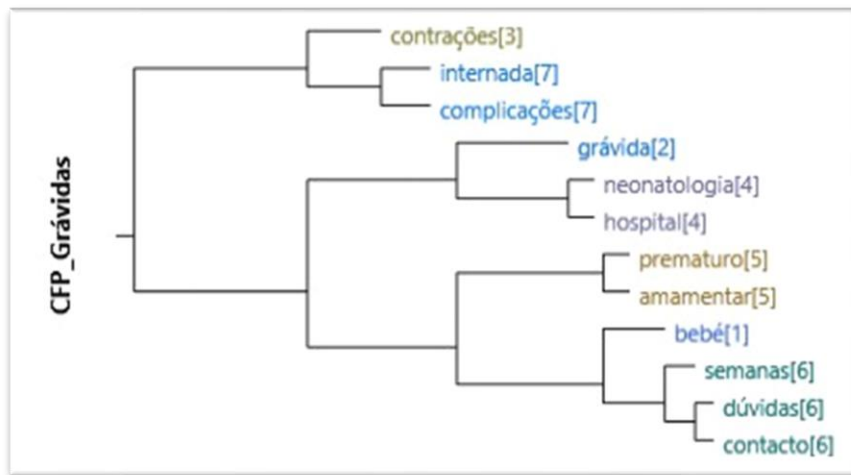


Figura 14 – Dendrograma das CFP das entrevistas da PB

***Categorizações das entrevistas via: livro de códigos, mapas de projeto, tabela de referência cruzada e matriz estrutural***

<b>Nome</b>	<b>Descrição</b>	<b>Arquivos</b>	<b>Referências</b>
Dúvidas	Dúvidas apresentadas pelos enfermeiros e pelas grávidas sobre os cuidados, a atuação e o desenvolvimento de bebês prematuros.	2	46
amamentação	A partir de que momento a mãe poderá amamentar o prematuro.	1	2
atuação com grávidas	Preparação das grávidas para os cuidados com os prematuros.	1	1
capacidades dos bebês prematuros	Características dos bebês prematuros.	1	9
cuidados com os bebês prematuros	Os cuidados que devem ser adotados com os bebês prematuros.	2	11
estatísticas da maternidade	As probabilidades e relatórios sobre as diversas ocorrências relacionadas aos bebês prematuros.	2	5
licença de parentalidade	Informações sobre os direitos e deveres dos pais.	1	2
neonatologia	Características e cuidados que podem ser adotados na neonatologia.	2	9
problemas com a gravidez	Informações sobre a gravidez e implicações na saúde dos prematuros.	2	7
Parto Prematuro	Informações sobre a possibilidade de ter um parto prematuro e suas causas.	1	16
causas	Foi anunciado as possíveis causas do parto prematuro.	1	2
foi anunciado	Foi anunciado a possibilidade de ter um parto prematuro.	1	9
não foi anunciado	Não foi anunciado a possibilidade de ter um parto prematuro.	1	5
Tabela 8 – Livro de Códigos			

## Mapas de Projeto

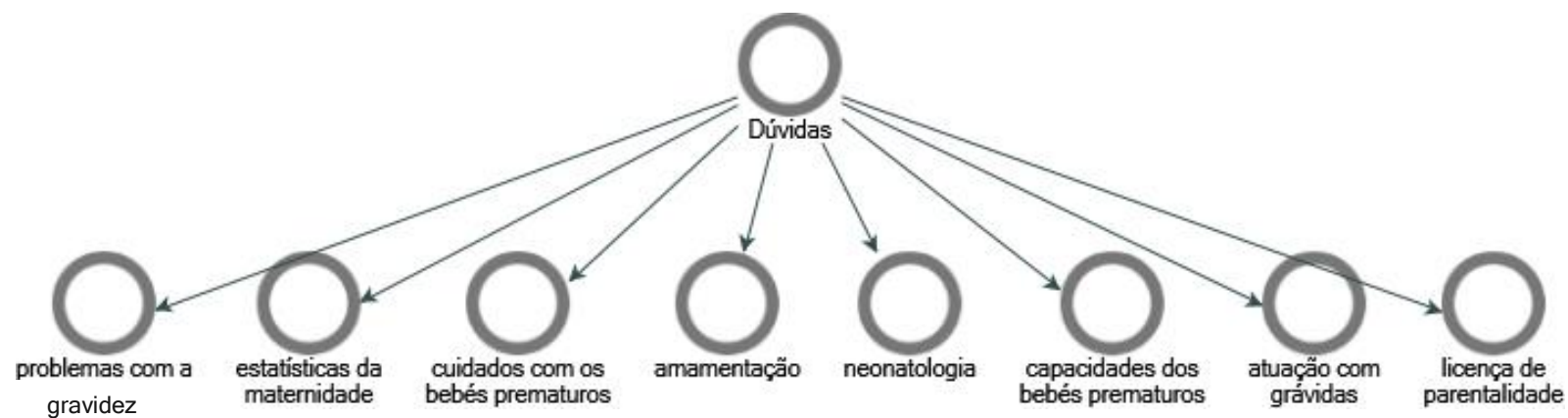


Figura 15: Mapa de projeto - Categoria Dúvidas

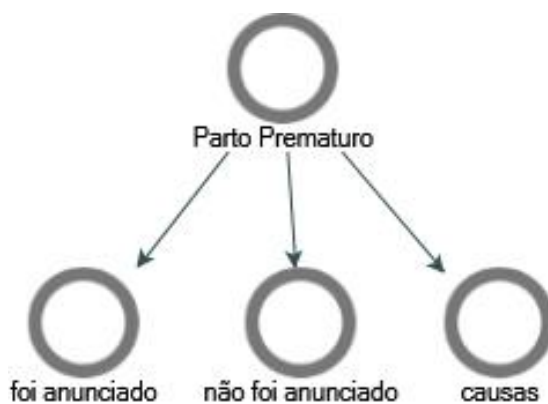


Figura 16: Mapa de projeto - Categoria Parto Prematuro

Tabelas de Referência Cruzada

	Amamentação	Atuação com grávidas	Capacidades dos bebês prematuros	Cuidados com os bebês prematuros	Estatísticas da maternidade	Licença de parentalidade	Neonatologia	Problemas com a gravidez	Total
Enfermeiro 1	0	1	2	0	0	0	0	0	3
Enfermeiro 2	0	0	2	0	0	0	1	1	4
Enfermeiro 3	0	0	1	2	0	0	0	0	3
Enfermeiro 4	0	0	2	1	1	0	0	1	5
Enfermeiro 5	0	0	0	1	0	2	2	0	5
Enfermeiro 6	0	0	2	1	0	0	1	0	4
Grávida 1	1	0	0	3	1	0	0	1	6
Grávida 2	0	0	0	0	0	0	2	2	4
Grávida 3	0	0	0	1	1	0	1	0	3
Grávida 4	1	0	0	1	1	0	1	0	4
Grávida 5	0	0	0	1	1	0	1	2	5
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>46</b>

Tabela 9: Tabela de Referência Cruzada – Dúvidas

	Causas	Foi anunciado	Não foi anunciado	Total
Grávida 1	0	1	1	2
Grávida 2	1	2	2	5
Grávida 3	0	2	2	4
Grávida 4	1	3	0	4
Grávida 5	0	1	0	1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>16</b>

Tabela 10: Tabela de Referência Cruzada – Parto Prematuro

## Matriz estrutural

	A: amamentação	B: capacidades dos bebés prematuros	C: cuidados com os bebés prematuros	D: estatísticas da maternidade	E: neonatologia	F: problemas com a gravidez	G: licença de parentalidade	H: atuação com grávidas
1: Enfermeiro 1		Ter formação no sentido de conseguir melhor quais são as capacidades dos bebés prematuros o que é que é expectável consoante a idade gestacional com que eles nascem.						preparar um pouco melhor as grávidas
2: Enfermeiro 2		ter uma melhor noção do que serão depois as capacidades do recém-nascido prematuro. conseguir dizer de uma forma mais real às grávidas o tamanho que o bebé terá			o que os pais vão poder fazer ou não na UCIN, por exemplo em termos dos cuidados de higiene, amamentação, posicionamentos, o toque.	As questões do desenvolvimento do feto in útero		
3: Enfermeiro 3		questões acerca do próprio recém-nascido prematuro, ou seja, as capacidades e competências que eles têm de acordo com a idade gestacional.	vai precisar de incubadora ou não, ventilador com esta idade gestacional vai precisar de ser internado em cuidados intensivos, em cuidados intermédios					

4: Enfermeiro 4		O tempo de internamento formação sobre as características e competências dos recém-nascidos prematuros	quando é que mamam, quando é que são transferidos, saber o que é relativamente frequente acontecer com percursos destes bebés na neonatologia.	as taxas de sobrevivência e sequelas		Como é que vai ser o bebé, como é que ele vai ficar		
5: Enfermeiro 5			do que se aplica quando o bebé nasce prematuro e precisa de ficar internado.		tipo de ambiente que as espera na neonatologia  preparar quanto às características do local onde depois vão prestar os primeiros cuidados ao ser filho.		rever as novas alterações na licença de parentalidade  conseguir esclarecer melhor sobre os seus direitos.	
6: Enfermeiro 6		rever novamente as capacidades fisiológicas do bebé e da idade de viabilidade – é sempre uma formação que faz sentido, por um lado para lembrar por outro lado pode haver alguma alteração em relação em algum consenso, estou-me a lembrar por exemplo da maturação pulmonar.  noção real das características, do peso, do percurso do bebé de acordo com a idade gestacional.	qual o aspeto do bebé, a sua dimensão, do que é que eles precisam		também seria importante nós próprios visitarmos por vezes a neonatologia			

7: Grávida 1	Também tenho algumas dúvidas quanto à amamentação, quando se inicia		<p>Saber que tipo de contacto podemos ter com o bebé, o que é que podemos fazer, o que podemos esperar</p> <p>eu não faço ideia de quanto tempo é que eles costumam ficar internados, claro de acordo com as semanas com que nascerem,</p> <p>como o sistema imunitário deles também está muito fraco, o contacto direto com eles também não deve ser tão constante como num bebé normal.</p>	quais são as estatísticas que a maternidade tem		de acordo com as semanas, quais são as probabilidades de o bebé ter algum tipo de problema ou não		
8: Grávida 2					<p>gostaria de ter a experiência de conhecer a unidade de neonatologia</p> <p>tal como aqui temos o guia de acolhimento também seria importante receber informações sobre a neonatologia.</p>	<p>Se ao nascer pode ter algum problema</p> <p>o que é de diferente de ser um bebé com as semanas todas</p>		
9: Grávida 3			todo o tipo de cuidados que vamos precisar de ter no caso de isso acontecer, o que precisamos de fazer.	já saber qual a probabilidade de ele sobreviver e ser viável	tenho curiosidade de conhecer a neonatologia.			



10: Grávida 4	se poderei amamentar e quando, pois sempre pensei desde que engravidei que gostaria de amamentar o meu filho,		saber assim o que é diferente quando eles nascem prematuros...	como é natural gostaria de saber se pode sobreviver, se pode vir a ter complicações.	Tenho também um pequena ideia de como é uma incubadora, pelo que já vi na televisão, mas se calhar também seria interessante conhecer o serviço para onde os bebés prematuros vão depois de nascer, para ter uma ideia mais real.			
11: Grávida 5			também não sei como poderei depois cuidar dele depois de nascer	como há a possibilidade do bebé nascer como é que o bebé pode nascer	quando estiver na incubadora, se posso mexer ou não, se posso trazer as roupas, o que podemos mesmo fazer	comecei a ficar com dores e aqui estou eu... para mim faria sentido alguém me dizer qual poderá ter sido a causa destas contrações, o que poderia ter feito melhor  se são esperadas complicações		

Tabela 11: Matriz estrutural – Dúvidas

	A : causas	B: foi anunciado	C: não foi anunciado
1: Grávida 1		Sim foi-me informado que eu tinha a possibilidade de ter um parto prematuro	Não me informaram foi efetivamente sobre quais seriam as consequências
2: Grávida 2	tenho lido algumas coisas na internet, vi um documentário.	Sim, pelo menos houve uma médica que já me falou sobre isso. depois de ler e de me explicarem é que percebi. Disseram-me que o bebé podia nascer antes,	Porque quando fique internada eu também não sabia bem o que isto poderia dar, o que é um bebé prematuro ninguém me falou,
3: Grávida 3		Essa informação foi-me dada no hospital de onde vim transferida. me falaram das injeções para a maturação dos pulmões do bebé.	Não propriamente. Aqui isso diretamente não me disseram nada.
4: Grávida 4	Disseram-me que tinha o colo do útero curto	Muito vagamente. tinha que ficar internada para vigilância. teria que fazer umas injeções para ajudar os pulmões do bebé a desenvolverem-se caso ele tivesse que nascer.	
5: Grávida 5		disseram-me que tinha que cá ficar porque podia estar a entrar em trabalho de parto. Que me iam dar uns medicamentos para parar as contrações e que tinha que ficar em vigilância.	

Tabela 12: Matriz estrutural – Parto Prematuro

**Diagrama de comparação entre as duas populações**

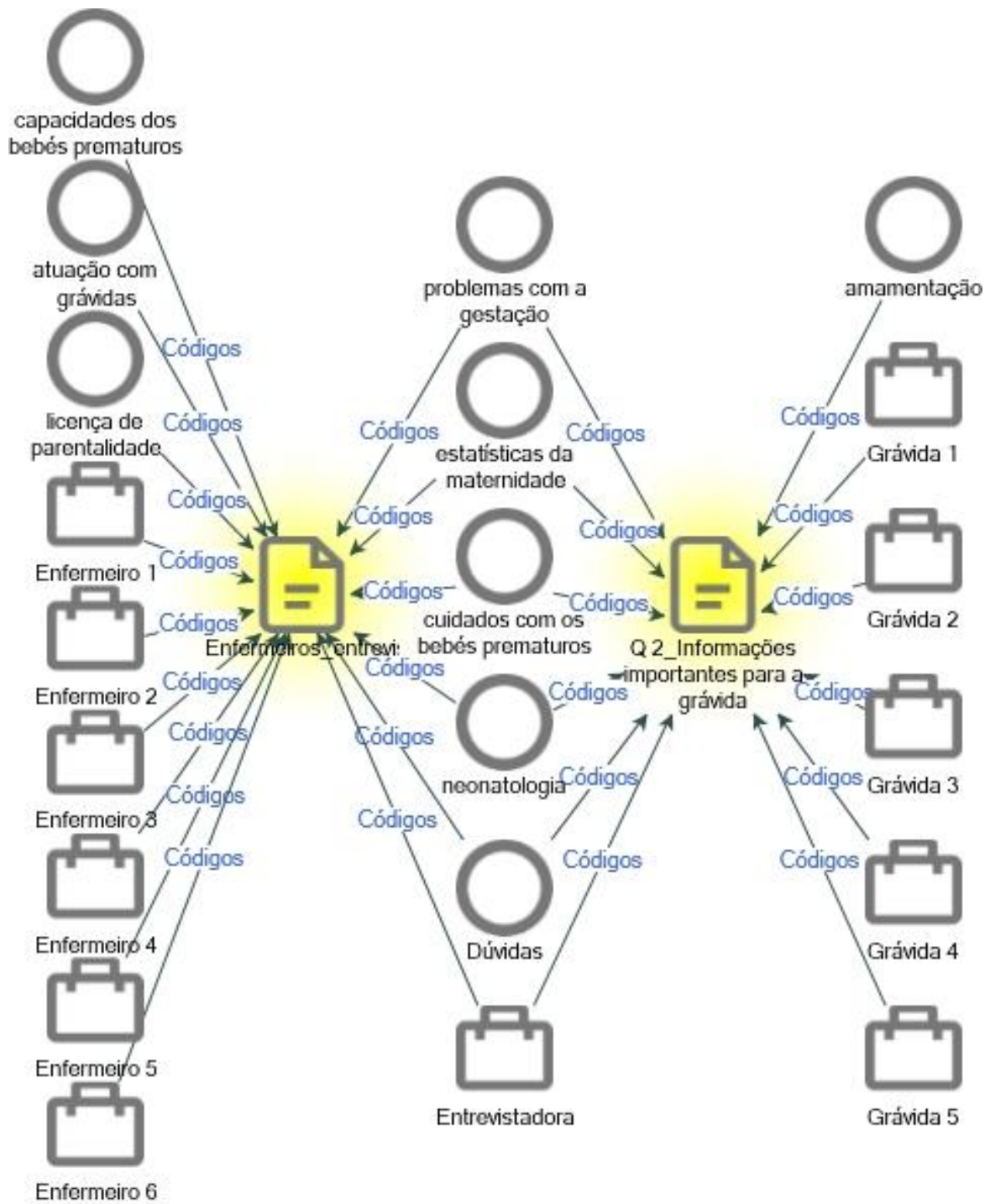


Figura 17: Diagrama de comparação entre as duas populações.

### 3.3 Estudos sobre programas de intervenção com população alvo

Neste subcapítulo pretende-se dar a conhecer os aspetos teóricos considerados importantes sobre a temática deste estudo, não tendo, no entanto, a intenção de realizar uma revisão exaustiva sobre a mesma. A revisão da literatura é uma etapa essencial à exploração de qualquer área do conhecimento, realizando-se um balanço sobre tudo o que já foi escrito sobre essa área (Fortin, 2003).

Dessa forma procedeu-se a uma revisão bibliográfica utilizando as palavras chave, descritores em ciências da saúde: parentalidade, nascimento prematuro, recém-nascido prematuro e enfermeiro obstetra. A pesquisa foi realizada nas seguintes bases de dados: *Medline*, *Pubmed*, *Clinical Key* e *b-on*. Tendo como critérios de inclusão a língua portuguesa e/ou inglesa, texto integral disponível e publicados nos últimos 10 anos.

Historicamente, a transição para a parentalidade era vista como um período de crise sendo atualmente encarada como uma fase de transição no desenvolvimento familiar na qual o EESMO apresenta um papel de real importância (Lowdermilk & Perry, 2009). Com o nascimento de uma criança, a dinâmica do casal altera-se: o relacionamento a dois transforma-se num relacionamento a três. Consequentemente, verificam-se modificações de papéis, funções e identidade(s) da família.

Neste processo de transição para a parentalidade, Brazelton & Cramer (2001) falam da importância que o período da gravidez e os primeiros tempos de vida do RN tem para o casal, dando a gravidez aos pais tempo para se prepararem". De um modo mais abrangente ou familiar é na gravidez que se inicia a preparação psicológica do casal para o estabelecimento de um processo de vinculação com o RN havendo, por parte dos pais, uma representação mental do seu filho. O casal desenvolve, assim, atitudes e expectativas em relação ao novo ser.

Por outro lado, a decisão de ter um filho é um momento cuja complexidade tem crescido ao longo dos tempos, o que acarreta uma maior responsabilidade, para os pais, de ter um RN perfeito em todos os sentidos (Brazelton, 2000). Ao mesmo tempo a gravidez é socialmente encarada como um momento feliz, do qual resulta o nascimento de um RN saudável.

Ao mesmo tempo, a visão que se tinha do RN foi-se alterando, deixando de ser encarado como um ser totalmente vulnerável à envolvimento, indefeso e imaturo, para ser encarado como um ser dotado de competências específicas que lhe permitem interagir com o ambiente (Seabra-Santos, 2001). Evidencia-se a imagem de um RN capaz de se ajustar ao meio e de interagir com as pessoas, sendo um elemento ativo na relação que estabelece com os outros, assim *“o bebé demonstra ser de facto um verdadeiro comunicador!”* (Gomes-Pedro & Patrício, 1997, p.310). Perante isto, é natural que a importância concedida à primeira relação humana também tenha crescido significativamente e, tal como referem Brazelton & Greenspan, há *“um consenso sobre o facto das primeiras vivências serem fundamentais para o desenvolvimento”* (2003, p.12) harmonioso do novo ser, quer a nível físico como a nível emocional, intelectual e social.

Com o aproximar do momento do nascimento, os pais tornam-se frequentemente ansiosos, questionando-se se serão capazes de se adaptar às mudanças que se avizinham, se conseguirão desempenhar este novo papel com sucesso. A valorização que os pais atribuem àquele RN e ao seu papel de pais vai também influenciar a forma como estabelecem a sua parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2009).

Perante todas as expectativas que são criadas os pais idealizam um parto de termo, normal e gratificante, pelo que *“quando este período é abreviado, nomeadamente através de um parto prematuro, os pais sentem-se perdidos e incompletos”* (Brazelton & Cramer, 2001, p.31), sendo natural que os pais não se sintam preparados para lidar com o nascimento de um RN prematuro. Um nascimento prematuro em si é um acontecimento inesperado e ameaçador, representando sempre uma crise emocional para os pais. O parto surge quando os pais ainda não estão preparados, pondo um termo brusco a todas as fantasias desenvolvidas no decurso da gravidez, e as expectativas de um parto normal e de um RN saudável, comprometendo-se assim a adaptação destes.

De acordo com Simhan, Berghella & Iams (2014), o parto prematuro é o principal problema por resolver na medicina perinatal, pois, apesar dos avanços que têm ocorrido nos cuidados prestados aos RN prematuros, a prematuridade continua a ser a principal causa de mortalidade e morbidade perinatal e infantil. Para estes autores o parto prematuro é

designado como de multifatorial, dada a multiplicidade de situações obstétricas e médicas que o envolve. Tendo sido por eles identificado uma série de fatores, tendo-os agrupado em três categorias, tal como se pode observar na Tabela 5:

Características maternas	História familiar de parto prematuro, baixo estatuto socioeconómico e educacional, extremos da idade reprodutiva, raça negra, consumo de tabaco e outras substâncias aditivas, stresse e depressão, baixo peso e baixo índice de massa corporal, infeções génito-urinárias e falta de acesso a cuidados de saúde pré-natais.
História obstétrica	Parto prematuro anterior, aborto anterior, anomalias uterinas.
História da gravidez atual	Hemorragias, procriação medicamente assistida, gemelaridade, fatores uterinos (volume aumentado, comprimento cervical curto e existência de contrações).

Tabela 5: Fatores de risco do parto prematuro

Os nascimentos prematuros devem-se a duas razões principais, sendo elas as seguintes: ou o parto tem de ser prematuro devido a problemas maternos ou fetais, ou o parto dá-se espontaneamente (Hirata *et al*, 2000).

Os RNs prematuros, ao transitarem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina, encontram-se em nítida desvantagem, quando comparados com um RN de termo. Segundo Lowdermilk & Perry (2009), esse grau de desvantagem irá depender, em primeiro lugar, do grau de imaturidade do RN, dado que, de acordo com a idade gestacional, as suas características e competências irão ser diferentes.

Devido à sua imaturidade, os RNs prematuros podem apresentar inúmeras alterações, que irão condicionar o seu estado de saúde e inevitavelmente influenciar o processo de vinculação. De acordo com Lowdermilk & Perry (2009) estes RNs apresentam um vasto conjunto de potenciais problemas, podendo ser a vários níveis, sendo eles os seguintes: função respiratória, manutenção da temperatura corporal, função do sistema nervoso central, manutenção de uma nutrição adequada, manutenção da função renal, manutenção dos padrões hematológicos e resistência a infeções. Os mesmos autores referem ainda que as complicações mais frequentes dos RNs prematuros podem ser várias, das quais se enumeram as seguintes: 1) síndrome de dificuldade respiratória; 2) doenças associadas à

oxigenoterapia (sendo as mais conhecidas a displasia e a retinopatia da prematuridade); 3) persistência do canal arterial e 4) enterocolite necrosante.

Dada a diferença de maturidade entre o RN prematuro e o RN de termo será de esperar que apresentem entre si algumas diferenças, que no fundo, acabam por tornar um RN prematuro num “«parceiro» diferente do bebê saudável de termo” (Barros, 1996, p.826) na relação pais-filho. Não só pelas suas características e competências específicas, mas também pelo impacto/reações que originam nos pais.

Quando ocorre um nascimento prematuro os pais podem sentir-se responsáveis pela situação e, ao mesmo tempo, desiludidos dado que os seus esforços durante a gravidez não foram bem-sucedidos, equivalendo o parto prematuro ao insucesso do seu “trabalho”. Por outro lado, quando o casal regressa para casa sem trazer o RN consigo não tem a possibilidade de festejar, de ““saborear” o nascimento do seu filho e, provavelmente, não haverá visitas a congratular os jovens pais” (Mazet & Stoleru, 2003, p.287).

O nascimento de um RN prematuro pode provocar nos pais três tipos de reações previsíveis, sendo elas as seguintes: 1) Não Aceitação – Os pais referem que o problema não tem importância. Este tipo de reação tende a distorcer a realidade, retratando a situação de uma forma demasiado otimista ou pessimista. A não aceitação pode ajudar os pais a reagir, mas necessita eventualmente de um reajustamento; 2) Projeção – Neste tipo de reação, a culpa do nascimento prematuro é atribuída a uma terceira pessoa, pressupondo que ela de alguma forma causou ou piorou a situação. Muitas vezes os profissionais de saúde são os alvos deste tipo de reação, tornando-se a assistência suspeita, sendo o relacionamento prejudicado; 3) Alheamento – Neste tipo de reação os pais podem mostrar-se desinteressados pelo RN, mas não por não se preocuparem com ele, mas porque é muito doloroso e difícil cuidar de uma criança nessas condições e também porque se sentem desamparados (Brazelton, 2003). Acrescentando o autor que tais reações de dor são naturais e necessárias, “fazendo parte das tentativas dos pais para se recomporem e para se relacionarem com um bebê que não corresponde aos seus sonhos” (Brazelton, 2003, 69).

Nessa situação, por um lado, estão os pais que se sentem responsáveis, reagindo emocionalmente com sentimentos de culpa, medo e angústia e, por outro lado, está um RN prematuro que devido à sua imaturidade apresenta características e competências que diferem das de um RN de termo saudável, o que o tornam um parceiro na relação diferente, o que também irá produzir respostas diferentes nos seus pais, condicionando assim a relação precoce pais-filho. Nestes casos, alia-se ainda o internamento numa UCIN, ocorrendo uma separação física precoce (induzida pelo parto prematuro) e simultaneamente uma separação espacial. A ausência do RN é sentida pela mãe de forma muito intensa, podendo surgir *“sentimentos de falha, culpabilização e de frustração”* (Tanganho *et al*, 1997, p.97). De acordo com Young & Holditch-Davis (1990), para além disso, a hospitalização de uma criança, independentemente da sua idade, constitui sempre um momento de crise familiar. Este momento pode, assim, ser encarado como mais uma barreira a ultrapassar de forma a estabelecer *uma interação compensadora* (Figueiredo, 2001, p.143).

Quando o RN prematuro necessita de ser internado numa UCIN este é acolhido num ambiente extremamente hostil, agressivo, confuso e gerador de stress (para os RNs e para os pais). Os RNs prematuros passam assim os seus primeiros tempos de vida em condições ambientais que restringem as ocasiões de estabelecer contacto com os pais. Por seu turno, para os pais a visão de um RN extremamente doente, cercado de aparelhos, tubos e fios torna-se muito dolorosa. Desta forma a qualidade do contacto inicial entre ambos irá ser influenciada.

Ao mesmo tempo, as condições do parto prematuro, a incerteza sobre as consequências do nascimento ou o eventual diagnóstico de sequelas neurológicas e/ou malformações, as dificuldades de estabilização do RN e a necessidade de avaliação e exames constantes são fatores de risco de perturbações emocionais (Barros, 2001). A autora também refere que os *“pais de bebés prematuros têm sido descritos como atravessando uma crise emocional grave, com sentimentos de ansiedade, medo e depressão intensos”* (Barros, 2001, p.247). A experiência vivenciada pelos pais dos RNs prematuros é assim distinta da dos pais de RNs saudáveis e de termo e, como tal, estes pais enfrentam uma série de tarefas. Para Lowdermilk e Perry (2009), tais tarefas perfazem um total de cinco, sendo elas as seguintes:

- 1) luto antecipado pela potencial perda do RN (os pais preparam-se para a morte do RN,



embora tenham esperança/acreditem que ele irá sobreviver); 2) aceitação pela mãe da sua incapacidade de ter tido um RN de termo e saudável (prolonga-se até o RN estar fora de perigo); 3) reassumir o processo de relacionamento com o RN (à medida que o RN inicia a sua recuperação); 4) aprender as necessidades especiais do RN e os seus padrões de desenvolvimento e 5) ajustar o ambiente em casa às necessidades do RN (os pais devem reconciliar o luto dos avós e a confusão e raivas dos irmãos, com a enorme quantidade de tempo que o RN pode requerer).

Na literatura consultada, encontrou-se descrito que a interação que se estabelece entre mães e bebê prematuros é diferente da que se estabelece entre mães e bebês de termo (Figueiredo, 2001). Isto porque por um lado está o RN prematuro que tem menores capacidades para interagir com o meio, ou seja, tem competências de comunicação menos adequadas do que as dos RNs de termo e saudáveis, sendo assim considerado como *“menos responsivo na interação com a mãe”* (Figueiredo, 2001, p.101). E, por outro lado estão os pais dos RNs prematuros que, por estarem sujeitos a maiores níveis de ansiedade, são mais ativos do que os pais de RNs de termo, resultando daqui uma menor interação (Figueiredo, 2001).

Na UCIN os pais são confrontados com uma situação nova, desconhecida, ameaçadora, com um desfecho incerto, num ambiente assustador e confuso, no qual não exercem nenhum controlo e onde são, com frequência, observados, avaliados e aconselhados por um vasto conjunto de profissionais de saúde (Barros, 2001). Deste modo, o internamento nessas unidades representa uma *“situação de crise importante para os pais, que adquire com frequência características absolutamente devastadoras para o seu equilíbrio e bem-estar, e para a sua capacidade de assumir o papel parental”* (Barros, 2001, p.304).

Toda esta conjuntura, de um problema complexo e multifacetado, proporciona aos pais uma experiência psicológica muito difícil. Dado que por um lado têm um filho que necessita de cuidados especializados e que podem ter vários problemas médicos e, por outro lado, vivem todos os dias na incerteza relacionada com a própria sobrevivência do bebê, do desenvolvimento de complicações e do tempo de internamento (Rolim & Canavarro, 2001).

Perante tudo o que foi referido anteriormente é primordial e indispensável que o enfermeiro desenvolva a capacidade de estar atento às necessidades, às expectativas e aos receios dos pais, pois só assim os cuidados prestados são individualizados, dirigidos para a especificidade de cada situação. E é aqui que o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental, o de promotor da relação precoce entre os pais e o RN. Tal como indicado pela Direção-Geral de Saúde (2015), o estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a grávida/casal é fundamental, pois só assim se facilita a expressão de ideias, receios, fantasias e sentimentos relacionados com a gravidez, o parto e a parentalidade. Ao mesmo tempo, está descrito no Regulamento das Competências Específicas do EESMO, que o EESMO: *“cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”* (2019b, p.13561), na qual se destaca a Unidade de Competência: *“Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré natal”* (2019b, p.13562).

Tendo em vista a promoção do estabelecimento de uma relação, precoce, entre os pais e o RN prematuro podem ser sugeridas algumas intervenções de enfermagem. Apresentando-se uma síntese da perspetiva de vários autores sobre a atuação enfermeiro, como importante promotor da relação precoce.

O enfermeiro deve ter em consideração que a gravidez e a parentalidade se relacionam com a experiência de vida anterior à conceção, tendo repercussões na relação precoce pais-filho. Na ocorrência de um nascimento prematuro desenvolve-se uma fragilidade adicional o que pode dificultar o estabelecimento da relação.

Como referido anteriormente, aquando do nascimento de um RN prematuro que necessita de um internamento na unidade de cuidados intensivos, ocorrem várias perdas: a perda da gravidez de termo, a perda do bebé imaginário e, por vezes, a perda do bebé real. Os pais deverão ser informados sobre as fases do processo do luto, uma vez que os ajuda *“a normalizar as reações emocionais à perda”* (Rolim & Canavarro, 2001, p. 287). Poderão ser de extrema utilidade a existência de grupos de apoio, como por exemplo, pais que passaram pela mesma situação ou situação equivalente, como suporte emocional e de organização cognitiva daqueles que vivem a perda atualmente.

O acolhimento, em Neonatologia deve ser dirigido ao sistema RN/família e deve ser realizado numa perspectiva holística, considerando as suas necessidades como um todo. A experiência do primeiro contacto com o seu filho, onde o veem doente, rodeado de aparelhos e fios, pode causar um grande impacto, influenciando a qualidade desse primeiro encontro. Neste sentido e com o intuito de diminuir este impacto negativo do primeiro contacto com o RN, deverão ser facultadas visitas aos pais, devidamente orientadas (pelos enfermeiros) às unidades de cuidados especiais ao RN (desde que o estado materno-fetal o permita) e depois do seu nascimento o enfermeiro visitará a mãe com a fotografia do seu RN explicando-lhe como este se encontra. Serão também imprescindíveis informações aos pais sobre alguns procedimentos aos RNs como: a explicação clara dos aparelhos e tratamentos e sobretudo regras de funcionamento das unidades, bem como a apresentação do enfermeiro.

Um dos principais objetivos da equipa de enfermagem *“é estimular a família, ajudando-a a melhorar o seu desempenho, integrando-a como membro das equipas dos profissionais de saúde”* (Westrup, 2004, p.24). É importante que a informação seja dada aos pais para que estes compreendam o motivo do internamento e os tratamentos a que o RN é sujeito, pois só assim estes poderão colaborar de forma participativa com a equipa. No entanto, a informação deverá ser transmitida de forma faseada e progressiva, sendo essencial que os enfermeiros considerem que *“a informação não é um pacote acabado que se entrega aos pais de uma vez”* (Barros, 2001, p.307) e também ter em atenção aquilo que já foi assimilado e decodificado pelos pais. Por fim, é também primordial que os pais se sintam confiantes e seguros de que o seu filho está a receber os melhores cuidados possíveis.

É fundamental que o enfermeiro potencie a capacidade que os pais possuem de valorizar a individualidade do seu RN. Muitas vezes os pais não reconhecem o RN como um elemento ativo na relação precoce. A intervenção de enfermagem deverá ser dirigida no sentido de promover a comunicação entre os dois, de forma a que, os pais, reconheçam as competências do seu filho e exista uma qualidade na relação estabelecida *“os pais precisam não só de se sentir envolvidos mas também de se saberem competentes, nomeadamente em compreender o seu bebé e o melhor modo de interagir com ele (...), guiando os pais para a descoberta das competências individuais do seu filho”* (Gomes-Pedro, 1997, p.409).

Numa fase inicial os pais poderão demonstrar dificuldades em prestar cuidados ao RN, em parte devido aos sentimentos que vivem nestes períodos, sentindo-se inseguros e incapazes. Neste âmbito o papel dos enfermeiros é fundamental pois, por um lado funcionam como modelo de interação e estimulação e, por outro lado, informam os pais de como poderão interagir com os bebés.

### **3.4 Recrutamento da população alvo**

De acordo com Streubert & Carpenter (2002), a amostra deve ser constituída por sujeitos que tenham vivenciado, ou se encontrem a vivenciar, o fenómeno em estudo. Recorreu-se à amostra acidental que, de acordo com Fortin (2003), é constituída pelos sujeitos que estão acessíveis num determinado local e data, sendo as pessoas hospitalizadas um exemplo deste tipo de amostragem.

Sendo a população constituída pelos enfermeiros da UMMF (PA) e as mulheres internadas na UMMF por ameaça de parto prematuro (PB). Com base nos fundamentos teóricos e aspetos éticos inerentes a um estudo de pesquisa empírica, foram delimitados outros critérios de inclusão dos sujeitos na amostra.

Na PA, delimitaram-se três critérios de inclusão, de forma a que a população em estudo já estivesse integrada e com experiência nesta área do cuidar. Sendo eles os seguintes: 1) Experiência profissional de pelo menos dois anos; 2) Experiência profissional na área de saúde materna e obstetrícia de pelo menos um ano e 3) Ter finalizado a integração na UMMF.

Na PB, foram delimitados seis critérios de inclusão: 1) Nacionalidade portuguesa: torna a amostra homogénea em termos culturais, dado que a forma como a sociedade e cultura percecionam a gravidez, a maternidade e o nascimento de um filho prematuro influencia a experiência individual; 2) Idade superior a 18 anos: a gravidez na adolescência acarreta inúmeras especificidades que podem influenciar as vivências dos pais; 3) Gravidez que tenha sido vigiada: pelo menos 4 consultas até às 24 semanas; 4) Gravidez com pelo menos um episódio de ameaça de parto prematuro, que implique internamento na UMMF; 5) Gravidez

de feto / RN sem malformações ou doenças congênitas e 6) Primeiro filho prematuro: visto que uma experiência anterior neste âmbito irá ter influências na vivência da situação atual.

No que se refere à seleção da amostra será importante referir que num estudo qualitativo não se coloca o problema da representatividade estatística da amostra, uma vez que o mais importante consiste na diversificação dos sujeitos intervenientes no estudo, com vista a dar resposta ao objetivo de investigação delineado (Ruquoy, 1997). Por outro lado, não existem regras quanto ao tamanho da amostra, já que este irá depender da finalidade do estudo, da utilidade dos dados, da sua credibilidade e do tempo e recursos disponíveis, sendo que o mais importante é a riqueza da informação obtida (Patton, 1990).

Por último indico que as entrevistas foram realizadas ao longo do mês de março de 2018, pelo que a amostra foi constituída pela população que estava disponível nesse período e que cumpria os critérios de inclusão na amostra.

## **4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS**

A definição de objetivos é de extrema importância, uma vez que estes constituem o guia da aprendizagem. Representam um ponto de referência que facilita e garante um maior rigor na seleção e estruturação das atividades a desenvolver, direcionando os esforços, promovendo a motivação e facilitando a aprendizagem.

Deste modo pretendeu-se com a implementação deste projeto dar contributos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do EESMO, no processo de cuidar da mulher/família, preparando-os para a transição para a parentalidade aquando do nascimento prematuro.

Delineando-se como **objetivo geral** o seguinte: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento.

E como **objetivos específicos**: 1) Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados no período pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de parto prematuro e 2) Capacitar a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

### **4.1 Objetivos de intervenção profissional**

Tal como descrito anteriormente, do objetivo geral deste trabalho de projeto, derivaram dois objetivos específicos, cada um deles direcionado para os intervenientes neste processo, os enfermeiros e a mulher/família alvo dos cuidados de enfermagem na situação acima apresentada.

No que se refere ao objetivo específico de uniformizar os cuidados de enfermagem prestados no período pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de parto prematuro, este pode ser considerado como um objetivo que tem por base a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Pois, tal como indicado pela Direção-Geral

da Saúde (2015), a melhoria contínua da qualidade na área da saúde implica que, todos os dias, se faça tudo para que os cuidados prestados sejam: efetivos e seguros, com uma utilização eficiente de recursos, equitativos, prestado no momento certo e que satisfaçam os cidadãos, correspondendo na medida do possível às suas necessidades e expectativas.

Ao uniformizar os cuidados cria-se também uma base de trabalho, que favorece a coesão dos cuidados prestados, estabelecendo-se um conjunto de intervenções que têm *“como objetivos desenvolver a confiança e promover competências na grávida/casal/família para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade, incentivando o desenvolvimento de capacidades interativas e precoces da relação mãe/pai/filho”* (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.63).

Por outro lado, a OMS indica que o objetivo da educação para a saúde é o de ajudar as pessoas e as comunidades a melhorar a sua saúde, através de uma combinação de aprendizagens, levando ao aumento da literacia em saúde e ao desenvolvimento de competências (Direção-Geral da Saúde, 2015). Neste contexto, a intervenção do EESMO reveste-se de fulcral importância, dado que tudo o que envolve a gravidez, parto, puerpério e parentalidade que possa afetar grávidas/família deverá ser abordado de forma pró-activa na educação pré-natal (Direção-Geral da Saúde, 2015). Sendo da competência do EESMO conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação para o parto e parentalidade responsável. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

De acordo com o Plano Nacional de Saúde vigente, nas orientações para a sua implementação, está descrito que é fundamental *“capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo (...) torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde”* (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2015, p.21). Acrescentando ainda que é necessário avaliar as necessidades e as oportunidades de intervenção ao longo da vida, destacando o nascimento como um dos momentos especiais para tal. (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2015). Sendo o enfermeiro um agente fundamental neste processo de capacitação.

Assim, o objetivo específico de capacitar a mulher/ família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematuro, ele está de acordo com o que é preconizado pelo Plano Nacional de Saúde vigente, contribuindo para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Ao mesmo tempo, o *National Institute for Health and Care Excellence*, em 2019, também definiu como padrão de qualidade a informação dada às mulheres que irão ter um parto prematuro. No qual determinam que, as mulheres na iminência de um parto prematuro precisam de informações sobre o nível e a natureza dos riscos, incluindo a probabilidade do RN sobreviver. Tal deve ser realizado o mais cedo possível no período pré-natal, podendo ajudar-se assim a mulher e sua família a entender quais cuidados que o RN pode precisar, acrescentando a importância da visita à unidade neonatal.

#### 4.2 Objetivos a atingir com a população alvo

De forma a atingir os objetivos com a população alvo deste trabalho, da PA e da PB, foram planeadas uma série de atividades para que se desse resposta aos mesmos, tal como é visível nas Tabelas 13 e 14, planeamento do objetivo específico 1 e 2 respetivamente.

<p><b>OBJETIVO 1:</b> Uniformizar os cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro.</p>
<p><b>ATIVIDADES PLANEADAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>• Reunir com a Enfermeira Chefe da UMMF, com a Enfermeira Chefe da UCIN e com o Docente Orientador para apresentação do projeto;</li> <li>• Solicitar autorização ao Centro Hospitalar para implementação do projeto;</li> <li>• Avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UMMF no âmbito da parentalidade prematura, através da aplicação de entrevista;</li> <li>• Realizar ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas da equipa de enfermagem da UMMF no âmbito da parentalidade prematura;</li> <li>• Elaborar protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura;</li> <li>• Realizar formação em serviço à equipa de enfermagem sobre a operacionalização do protocolo de atuação.</li> </ul>
<p><b>Tabela 13: Planeamento do Objetivo Específico 1 (PA)</b></p>
<p><b>OBJETIVO 2:</b> Capacitar a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.</p>
<p><b>ATIVIDADES PLANEADAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> </ul>



- Reunir com a Enfermeira Chefe da UMMF e com a Enfermeira Chefe da UCIN para promoção de um trabalho de parceria com a UCIN;
- Identificar as reais necessidades da mulher/família perante o nascimento prematuro, realizando entrevista;
- Realizar sessões de preparação pré-natal para a parentalidade prematura, considerando as necessidades identificadas na mulher/família;
- Reformular o Álbum Seriado que existe na UMMF sobre o RN prematuro;
- Promoção de esclarecimento à mulher/família sobre as dinâmicas da UCIN.

**Tabela 14: Planejamento do Objetivo Específico 2 (PB)**

Em termos gerais, a realização de pesquisa bibliográfica sobre o tema da transição para a parentalidade aquando do nascimento prematuro revelou-se de extrema importância, pois a prática de enfermagem deve ser fundamentada em conhecimento científico, baseando-se na evidência disponível e na reflexão sobre essa mesma prática. Ao mesmo tempo, ao avaliar as necessidades de formação e de informação (dúvidas) das duas populações, foi possível adequar as intervenções realizadas às reais necessidades das mesmas.

Em termos específicos, com a PA, destaco a realização de momentos de formação em serviço que contribuiu para a aquisição/aprofundar de competências da equipa de enfermagem, no domínio dos cuidados prestados à mulher/família em internamento hospitalar, face à transição para a parentalidade prematura. Havendo assim ganhos em termos da qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente ganhos para a saúde dessas mulheres/famílias. A elaboração do protocolo de atuação sobre a preparação para a parentalidade prematura, em forma de instrução de trabalho, e a sua implementação também se revelou ser um instrumento muito importante para a uniformização dos cuidados prestados.

Quanto à PB, a reformulação do Álbum Seriado e a sua posterior utilização na UMMF demonstrou ser muito útil na preparação da mulher/família para a parentalidade prematura, possibilitando expectativas realistas, promovendo em simultâneo a interação precoce entre os pais e o RN prematuro. Revelando-se um item fundamental para o desenvolvimento das sessões de educação para a saúde de preparação pré-natal para a parentalidade prematura.

## **5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES**

De acordo com Pereira (2001, p.13) *“a reflexão é um processo chave para aprender em situação”*. Refletir implica assim mais do que descrever experiências, que o estudante ao descrever estas experiências tenha de pensar sobre estas, e interiorizar estratégias de autorregulação para um desempenho cada vez mais eficaz e com maior satisfação, levando assim a um crescimento pessoal e profissional.

Os Modelos Teóricos de Enfermagem equiparam-se a bússolas que guiam o pensamento e a tomada de decisão, sendo assim constituem-se como métodos teórico-práticos dirigidos à ciência do cuidar e permitem a sistematização e a organização do pensamento.

Neste trabalho, a Teoria das Transições de Meleis, uma teoria de médio alcance, foi o modelo conceptual utilizado, uma vez que enfatiza a importância dos cuidados de enfermagem nas mudanças condicionadas por transições de vida, sendo a transição para a parentalidade uma delas. (Meleis, 2011) Ao mesmo tempo, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a transição para a parentalidade é designada de *“adaptação à parentalidade: 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 quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015b, p.38). Sendo esta a base que motivou a escolha deste Modelo Teórico de Enfermagem.

Ao propor, em 1994, a Teoria das Transições Meleis centrou-a no conceito de transição, de acordo com a autora, a transição implica uma mudança no estado de saúde ou nas relações, expectativas ou habilidades, causando mudanças nas necessidades de todos os sistemas da pessoa, requerendo ainda a incorporação de novos conhecimentos, a alteração de comportamentos, ou seja, a definição do próprio em contexto social (Meleis, 2015b).

Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher (2000), referem que os enfermeiros ao centrarem a sua prática na pessoa e nas suas necessidades reais podem influenciar o processo de transição. Referindo Meleis (2015, p.100) que *“os enfermeiros lidam com pessoas que estão vivenciando a transição, antecipando a transição ou completando o ato*

de transição” (tradução minha). Abreu acrescenta ainda, ao citar Meleis, que “assistir utentes em processos de transição constitui o papel mais relevante da disciplina de Enfermagem” (2008, p.18).

Não sendo objetivo deste trabalho realizar uma abordagem / análise aprofundada da Teoria das Transições de Meleis, a mesma pode ser sistematizada tal como se observa na Figura 18: Teoria das Transições de Meleis:

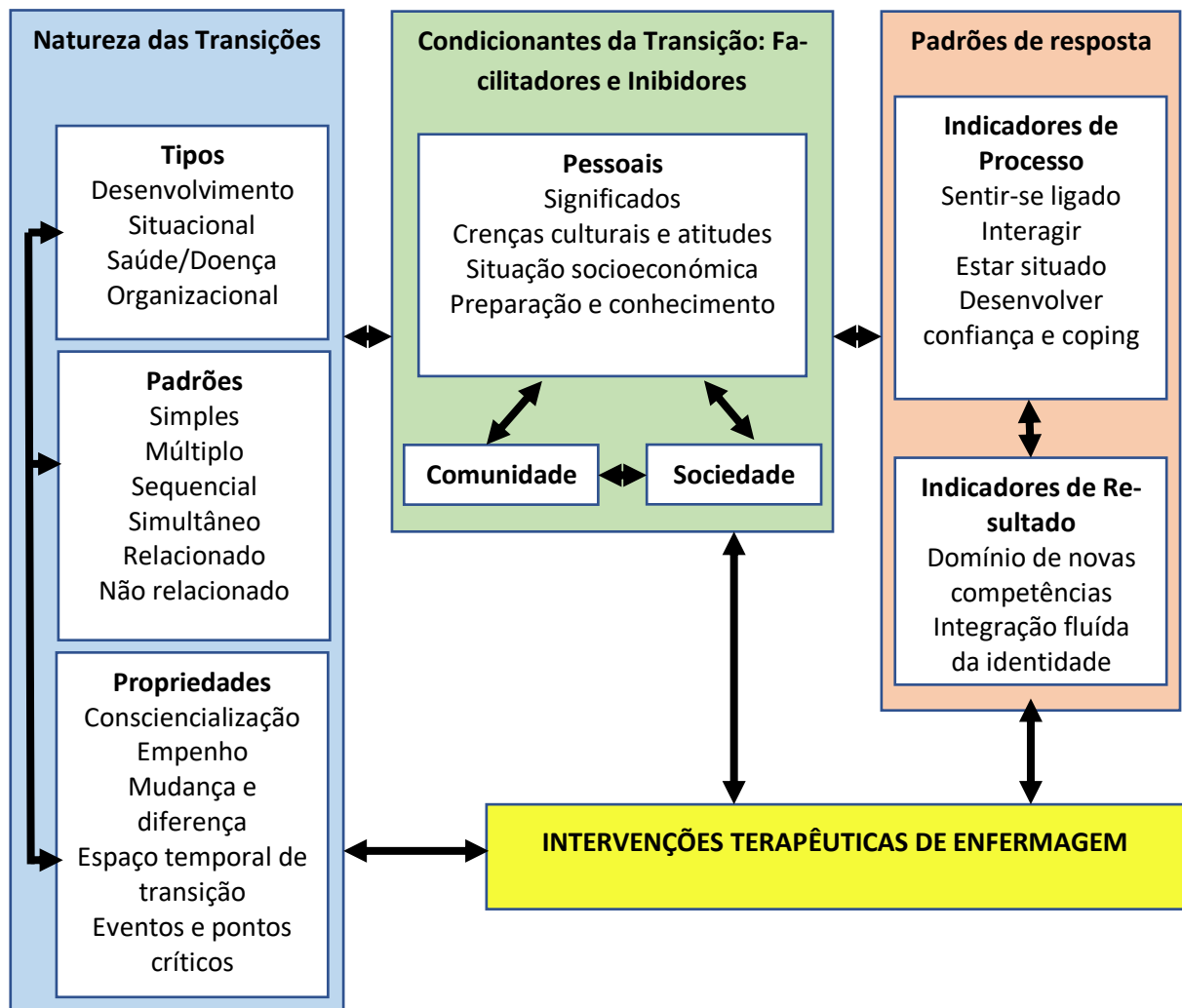


Figura 18: Teoria das Transições de Meleis. Fonte: (Meleis, 2015)

Em termos gerais, pode assim observar-se que a Teoria das Transições é composta pela: natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), condicionantes facilitadores e inibidoras da transição (pessoais, comunidades e sociedade), padrões de resposta

(indicadores de processo e indicadores de resultados) e pelas intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2015).

Quanto à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos (desenvolvimento, situacional, saúde/doença e organizacional), apresentando diferentes padrões: simples ou múltiplo, sequenciais ou simultâneo e relacionados ou não relacionados. E possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como: a consciencialização, o empenho, a mudança e diferença, o espaço temporal da transição e os eventos e pontos críticos (Meleis, 2015)

Por outro lado, é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade, que podem facilitar ou inibem o processo de transição, que levam à reformulação da identidade dos indivíduos, ao domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos. No que se refere aos condicionantes pessoais estes incluem: os significados, as crenças e atitudes culturais, a situação socioeconómica e a preparação e conhecimento prévio. As condições da comunidade e da sociedade (como a existência de apoio familiar e social e estereótipos) também podem facilitar ou dificultar a transição (Meleis, 2015).

Quanto os padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, estes determinam se uma transição é saudável, sendo obtidos através dos indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo são os que nos permitem identificar se quem está em transição está no caminho da saúde e bem-estar ou no caminho da vulnerabilidade e riscos. Estes indicadores incluem: o sentir-se ligado, o interagir, o estar situado e o desenvolver confiança e *coping*. Já os indicadores de resultado referem-se ao domínio de novas competências e à integração fluída de identidade (Meleis, 2015).

## **5.1 Fundamentação das intervenções**

A transição envolve mudanças que requerem ajustamento e adaptação, uma vez que ao experienciar novas situações e conhecimentos surge o potencial de desajustamento, cabendo à Enfermagem promover um ajustamento ou adaptação à nova situação (Abreu,

2008). As intervenções terapêuticas de enfermagem podem assim ser consideradas como uma ação continuada no processo de transição, devendo proporcionar conhecimento e capacidades ao indivíduo em transição, de forma a desencadear respostas positivas à transição, com o objetivo de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis, 2015).

Ao mesmo tempo, um importante fator facilitador da transição é a preparação antecipada para lidar com uma situação nova. Ou seja, conhecer de forma antecipada o que é esperado durante a transição e quais as estratégias necessárias para lidar com a mudança e as suas consequências, revela-se um potenciador de uma transição saudável (Meleis, 2015). O que está de acordo com o objetivo principal deste trabalho.

Na transição para a parentalidade ocorre sempre uma reorganização da díade familiar (pai-mãe), ainda que a gravidez tenha sido uma escolha refletida, planeada, desejada e bem assumida. O casal desde que se confronta com a gravidez e a partir da sua aceitação idealiza um filho, quase que o “constrói” mentalmente.

Neste processo de transição para a parentalidade, Brazelton & Cramer falam da importância que o período da gravidez e os primeiros tempos de vida do bebé tem para o casal: *“os nove meses de gravidez dão aos pais a oportunidade de se prepararem em termos físicos e psicológicos”* (2001, p.31). De um modo mais abrangente ou familiar, é na gravidez que se inicia a preparação psicológica do casal para o estabelecimento de um processo de vinculação com o RN havendo, por parte dos pais, uma representação mental do seu filho. O casal desenvolve, assim, atitudes e expectativas em relação ao novo ser. Neste período, ainda que possa acontecer de modo inconsciente, os futuros pais vão analisar os seus próprios comportamentos parentais, assim como os dos familiares próximos e amigos fazendo este mecanismo parte da transição de um sistema conjugal para um sistema parental.

Com a possibilidade do nascimento antecipado, ocorre então uma interrupção brusca deste sonho confrontando-se então com a eventualidade de ter um filho, por vezes muito pequenino e imaturo, requerendo forçosamente um processo de hospitalização.

Face ao exposto, é de extrema relevância que o enfermeiro tenha um conhecimento profundo em relação à família de quem cuida, sabendo a qualidade das relações que une cada um dos elementos, as suas fronteiras e laços com elementos da família de origem, sabendo como é feita a divisão do trabalho e a distribuição de poder no seio familiar, como se processa a comunicação e quais as fontes de suporte, quais as suas crenças, valores, rituais... de modo a que seja possível a promoção de uma adaptação para a parentalidade saudável, informando os pais, capacitando-os em termos do saber-fazer/ de habilidades para que se tornem competentes nesta fase de transição do ciclo de vida.

No decurso da minha experiência profissional, que se iniciou na unidade de neonatologia, constatei que as mães/pais de um RN prematuro, aquando dos seus primeiros contactos com o seu filho e com a equipa de enfermagem, demonstravam ter uma série de dúvidas relacionadas com as características e o desenvolvimento do RN prematuro, da forma como poderiam participar na prestação de cuidados ao seu filho, de que forma poderiam contribuir para o bem-estar e saúde do RN e ainda sobre o próprio ambiente da unidade de neonatologia. Sendo esta ausência/insuficiência de conhecimentos, tal como foi referido anteriormente, uma barreira à adaptação à parentalidade. De referir ainda que, já nessa altura havia casais que visitavam a neonatologia, mas não de uma forma estruturada e protocolada.

Posteriormente, após a obtenção do título profissional de EESMO, ao ser mobilizada para a UMMF, passei a ter contacto com as grávidas internadas com possibilidade de ter um parto prematuro, sendo evidente as suas preocupações/receios e dúvidas relativas a tudo o que envolve o parto e RN prematuro.

O meu percurso profissional, permitiu-me assim conhecer a realidade do que ocorre no período pré-natal e no pós-natal aquando da transição para a parentalidade prematura, representando uma mais valia para este trabalho.

Ao longo deste relatório descreveram-se as intervenções efetuadas, no sentido de dar resposta aos objetivos definidos para este trabalho de projeto. Após a apresentação do

projeto<sup>10</sup> à equipa de enfermagem da UMMF, seguiram-se as entrevistas realizadas às duas populações, que vieram permitir a identificação das necessidades/dúvidas desses dois grupos, relativamente ao processo de transição para a parentalidade prematura.

No seguimento da realização e análise das entrevistas obtiveram-se os principais temas a trabalhar com a equipa de enfermagem a nível da formação em serviço: “As Unidades de Neonatologia”<sup>11</sup>. Nesta formação foram abordados os diferentes temas que emergiram das entrevistas, tais como o ambiente das unidades de neonatologia, a transição para a parentalidade prematura e as características e competências do RN prematuro. Realizando ainda a apresentação da formação em serviço “Preparação para a parentalidade prematura – protocolo de atuação”<sup>12</sup>, que passará a ser uma instrução de trabalho<sup>13</sup> da UMMF. Dando assim resposta ao objetivo específico de uniformização dos cuidados de enfermagem prestados no período pré-natal à mulher/família em situação de risco de parto prematuro.

Ao mesmo tempo, das entrevistas realizadas às grávidas internadas na UMMF, também destaque que deram importantes contributos para a reformulação do Álbum Seriado do Bebê Prematuro<sup>14</sup>. Indicando que se introduziram/reformularam as informações existentes relativamente a dados estatísticos dos partos prematuros, ao aleitamento materno, à participação nos cuidados ao RN e à licença parental.

## 5.2 Metodologias

A fase metodológica consiste em definir os meios de realização da investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação. As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo (Fortin, 2003).

---

<sup>10</sup> Consultar Apêndice 2 – Apresentação do Trabalho de Projeto.

<sup>11</sup> Consultar Apêndice 3 – Formação em Serviço: “As Unidades de Neonatologia”.

<sup>12</sup> Consultar Apêndice 4 – Formação em Serviço: “Preparação para a parentalidade prematura – Protocolo de atuação”.

<sup>13</sup> Consultar Apêndice 5 – Instrução de Trabalho: “Protocolo de Atuação – Preparação para a parentalidade prematura”.

<sup>14</sup> Consultar Apêndice 6 – Álbum Seriado do Bebê Prematuro.

Este estudo teve uma abordagem qualitativa. Os estudos de abordagem qualitativa, tal como nos refere Coutinho (2013), procuram entrar no mundo pessoal dos sujeitos estudados, de forma a se saber como eles interpretam as diversas situações e quais os significados que têm para eles. Tentando-se assim compreender as situações pelo ponto de vista de que as vive. Através de um estudo profundo, o investigador tem como finalidade conhecer o significado que cada sujeito atribui ao fenómeno em estudo, afirmando Streubert & Carpenter (2002) que existem várias realidades, correspondentes à diversidade de significados e consequente compreensão que cada indivíduo faz do fenómeno. O que vai ao encontro dos objetivos do presente trabalho de projeto.

Neste trabalho de projeto a técnica utilizada para a colheita de dados foi a entrevista<sup>15</sup> pois, para uma *“abordagem em profundidade do ser humano, a entrevista tornou-se um instrumento primordial”* (Ruquoy, 1997, p.84), uma vez que possibilita a recolha de dados descritivos, permitindo que o investigador desenvolva uma ideia sobre a forma como os sujeitos interpretam o mundo (Bogdan & Bilken, 1994). Especificamente, permite a *“análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados”* (Quivy & Campenhoudt, 2003, p.193).

O tipo de entrevista selecionado será a entrevista não estruturada, pois é a que mais se adequa a este trabalho. Uma vez que permite que o investigador compreenda determinado acontecimento na perspetiva dos participantes no estudo, sendo estes encorajados a falar livremente sobre o tema em estudo (Fortin, 2003).

Acrescentando que foi realizado um pré-teste do guião da entrevista a ser utilizada, com o intuito de validar as questões do mesmo. Tal foi realizada a 2 de março de 2018, tendo sido os critérios de seleção os mesmos que foram utilizados para a amostra do trabalho de projeto. Após a realização do pré-teste, foi questionado sobre a estrutura e eventuais obstáculos à entrevista, verificou-se não existir desvios significativos em relação ao objeto de estudo, pelo que não houve a necessidade de elaboração de novas questões. Pelo que, e tendo em conta os limites temporais, decidi prosseguir com a realização das entrevistas.

---

<sup>15</sup> Consultar Apêndice 7: Guião das Entrevistas.



Os enfermeiros e as grávidas que cumpriam os critérios de inclusão na amostra foram convidados a participar, explicando-lhes os objetivos do mesmo e qual a colaboração que pretendida. Para a realização das entrevistas foi combinada a data e a hora para a sua realização, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. A sua participação foi formalizada com a assinatura de um consentimento informado<sup>16</sup>.

Foi solicitado à enfermeira chefe da UMMF a utilização do seu gabinete, de modo a não interferir com a dinâmica da prestação de cuidados, não distraindo os entrevistados do principal objetivo do nosso encontro. Para além disso, este gabinete encontra-se numa zona mais restrita, proporcionando um ambiente calmo e acolhedor sendo o mais adequado à entrevista.

Em todas e qualquer investigação onde são utilizadas pessoas como sujeitos de investigação, é necessário salvaguardar os seus direitos. Existem limites de natureza ética que não devem ser transpostos em todos os tipos de investigação, nomeadamente, nos que envolvem seres humanos enquanto objetos de estudo.

De acordo com Fortin, *“cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal”* (2003, pág. 116).

O direito à autodeterminação estipula que todo o ser humano tem capacidade de decidir por si próprio e ser senhor do seu destino. Daí que todo o indivíduo tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação. Como consequência, forçar ou constranger a pessoa em sentido contrário constitui violação da sua autodeterminação. Neste trabalho houve o cuidado de elucidar em pormenor os objetivos deste estudo aos participantes e de obter a sua anuência, que julgamos adquirida da forma mais esclarecida possível, por intermédio do consentimento informado.

---

<sup>16</sup> Consultar Apêndice 8: Consentimento Informado.

Quanto ao direito à intimidade e sabendo que toda a investigação do âmbito das Ciências Sociais pode revestir a forma de uma intromissão na vida pessoal dos indivíduos estudados, é obrigação do investigador criar condições que protejam a intimidade dos potenciais investigados. É preciso ter em conta que é necessário preservar, a todo o custo, a esfera privada da vida das pessoas e aceitar e proteger as informações que o investigador tem o privilégio de partilhar. A submissão da informação confidencial e privada, obtida pelo investigador, e fornecido a terceiros, constitui uma violação grosseira do direito à intimidade e é um ato indigno de qualquer profissional engajado na investigação.

No que se refere ao direito ao anonimato e à confidencialidade, foi obrigação da investigadora respeitar a ausência de identificação pessoal e o carácter confidencial dos dados recolhidos durante a investigação constitui uma outra faceta do enquadramento ético que preside à investigação associada a seres humanos. O seu respeito revela-se, tal como os outros direitos, fundamental, dado que, a quebra do sigilo nesta área, acarreta consequências pessoais nefastas. O anonimato das entrevistas foi garantido pela investigadora, após o auto-preenchimento, que se compromete em não identificar os participantes, em nenhum momento da investigação. O sigilo relativamente ao conteúdo das respostas será preservado. Os ficheiros de dados serão guardados pela investigadora durante cinco anos e destruídos no final deste período.

O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo prende-se com o proteger as pessoas contra possíveis fatores suscetíveis de lhes causar prejuízo ou de algum modo lhes ocasionar algum mal. Baseia-se no princípio do benefício, o qual tem um papel preventivo no combate ao desconforto e ao dano, promovendo ao mesmo tempo o bem-estar das pessoas. É responsabilidade do investigador promover, na medida do possível, condições favoráveis à proteção contra o desconforto e o prejuízo.

Este direito tem a ver com a necessidade de os sujeitos de uma investigação serem informados sobre os objetivos da mesma, bem como dos métodos utilizados, dado que constituem a base para um consentimento informado. Conforme sublinhado nos parágrafos anteriores foi preocupação da investigadora explicitar de forma clara, com recurso a níveis

de linguagem apropriada aos diferentes estratos culturais e profissionais encontrados, os objetivos do estudo bem como os métodos a ele associados.

### **5.3 Análise reflexiva sobre as estratégias acionadas**

Apesar da reduzida experiência como investigadora, considero que, ao longo deste percurso, houve um ganho significativo a nível da autonomia e da responsabilidade que lhe é inerente. Potenciando assim uma aprendizagem reflexiva e de análise sobre tudo o que se faz, sobre as decisões que se tomam. O que implica uma aprendizagem constante, existindo uma maior vontade de agir, de aprender, aumentando o nível de confiança e, ao mesmo tempo, a exigência em relação a nós próprios, promovendo quer o desenvolvimento profissional quer o pessoal.

Tal como referido anteriormente, para dar resposta ao primeiro objetivo específico foram realizadas duas sessões de formação em serviço à equipa de enfermagem da UMMF, tendo sido no final das mesmas aplicado o questionário de avaliação da sessão da Área de Gestão da Formação do CHULC, EPE.

A primeira sessão de formação em serviço, foi realizada a 05/06/2018, com a duração de uma hora, com o título “As Unidades de Neonatologia”, tendo como objetivo geral: contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do papel do enfermeiro no processo de cuidar do casal com probabilidade de ter um filho prematuro. Assistiram a esta formação nove EESMOs e cinco enfermeiros, todos da UMMF. A ação de formação foi considerada como muito importante, uma vez que irá uniformizar os cuidados prestados às grávidas que têm risco de ter um parto prematuro, aumentando assim a qualidade dos mesmos.

A segunda sessão de formação em serviço, foi realizada a 26/06/2018, com a duração de trinta minutos, com o título: “Preparação para a parentalidade prematura – Protocolo de Atuação”, tendo como objetivo geral: Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados às grávidas internadas na UMMF, nas situações em que pode ocorrer um parto prematuro. Assistiram a esta formação oito EESMOs e seis enfermeiros, todos da UMMF. A ação de formação foi considerada de elevada pertinência, uma vez que tratou aspetos relevantes da

transição para a parentalidade prematura, nomeadamente: a vivência da parentalidade prematura, as características e competências do RN prematuro, o ambiente das unidades de neonatologia, os cuidados de enfermagem na UCIN e a apresentação da UCIN da MAC.

Quanto ao objetivo específico 2, foram realizadas várias sessões de preparação pré-natal para a parentalidade prematura, considerando as necessidades identificadas na mulher/família, a um total de dez grávidas com risco de parto prematuro. Tal como referido anteriormente, o Álbum Seriado do Bebé Prematuro revelou-se um item fundamental para o desenvolvimento das sessões, sendo a base utilizada nas mesmas. Acrescentando ainda que as sessões foram realizadas de forma individual, tendo no final das mesmas solicitado a cada uma das participantes o preenchimento questionário de avaliação da sessão da Área de Gestão da Formação do CHULC, EPE. Em termos globais, as sessões foram avaliadas pelas participantes como extremamente importantes, no sentido em que as preparou para a parentalidade prematura, criando expectativas mais próximas da realidade que depois irão encontrar.

#### **5.4 Recursos humanos e materiais envolvidos**

De forma a concretizar os objetivos deste trabalho de projeto também foi necessário envolver determinados recursos humanos e materiais.

Os recursos humanos envolvidos foram: a docente orientadora do trabalho, a Enfermeira Chefe da UMMF, a Enfermeira Chefe da UCIN, a equipa de enfermagem da UMMF, as grávidas internadas na UMMF com ameaça de parto prematuro e o Conselho de Administração de CHULC, EPE.

No que se refere aos recursos materiais foram envolvidos: bases de dados informatizadas, materiais informáticos necessários para realização de formação em serviço (computador, projetor, impressora) e o álbum seriado do bebé prematuro.

## 5.5 Contatos desenvolvidos e entidades envolvidas

Ao longo deste trabalho de projeto, por forma a dar resposta aos objetivos propostos, foi necessário envolver várias entidades, tendo estabelecido contactos com as mesmas desde a fase de planeamento até à fase final de avaliação do mesmo.

Tendo em conta que se tratava de um trabalho que envolvia a equipa de enfermagem da UMMF do CHULC, EPE começou-se por contactar com a Enfermeira Chefe da unidade, dando assim início ao processo de autorização de realização do estudo. Para a Enfermeira Chefe, o desenvolvimento deste trabalho, era de todo o interesse para a unidade pois iria contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem que são prestados.

Seguidamente obtive o parecer da Diretora Clínica da UMMF, tendo esta indicado que era de todo o interesse para o serviço o desenvolvimento deste trabalho, já que a ameaça de parto prematuro é uma das patologias mais frequentes e que acarreta custos emocionais tanto durante a gravidez como no parto e pós-parto.

Depois de obter estes dois pareceres favoráveis, o pedido de desenvolvimento deste projeto foi enviado para os Coordenadores da Área da Mulher e da Criança, tendo estabelecido contacto com a Enfermeira Coordenadora da Área, que também deu um parecer favorável. Indicando que este projeto era muito pertinente para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e melhoria da qualidade assistencial ao utente, desenvolvendo a capacitação dos pais. De seguida a Enfermeira Coordenadora solicitou o parecer do Diretor Clínico da Área, que também foi favorável. Assim, depois de obter o parecer positivo dos superiores hierárquicos, o pedido de realização do trabalho foi enviado para o Conselho de Administração, conjuntamente com protocolo de investigação que é exigido para a realização de estudos no CHULC, EPE. No seguimento deste processo, o Conselho de Administração solicitou o parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHULC, obtendo um parecer favorável para a sua realização. Por fim, estavam então cumpridos todos os passos do processo de pedido de autorização para realização do trabalho, tendo o Conselho de Administração autorizado a sua realização.

No decurso deste trabalho foi ainda estabelecido contacto com Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia, no sentido de se elaborar o protocolo de preparação para a parentalidade prematuro, sob a forma de instrução de trabalho. Identificando-se assim em articulação qual a melhor forma do mesmo se aplicar.

Em todo o trabalho desenvolvido a equipa de enfermagem da UMMF foi desde cedo envolvida no mesmo. Quer com a apresentação do projeto, com a aplicação das entrevistas e a realização das formações em serviço.

Sem as grávidas internadas também não teria sido possível desenvolver este projeto. Às quais foram aplicadas as entrevistas e às quais foram realizadas sessões de educação para a saúde, com recurso ao Álbum Seriado do bebé prematuro.

Por último, destaco o envolvimento da docente orientadora, que esteve presente em todas as fases de desenvolvimento deste trabalho, servindo de guia para a execução do mesmo. Ou seja, foi o suporte académico deste trabalho, orientado na sua elaboração, estando sempre disponível para cooperar e ajudar a ultrapassar dificuldades.

## **5.6 Cumprimento do cronograma**

Ao elaborar o projeto deste trabalho foi definido um cronograma para execução do mesmo. Contudo, houve atividades que não foi possível realizar nas datas previstas. Na origem desse incumprimento esteve a demora que ocorreu na obtenção de autorização para realizar o estudo no CHULC, EPE e ainda, a nível pessoal, passei por um processo de gravidez e subsequente gozo de licença parental.

A demora no processo de autorização para realizar o estudo no CHULC, EPE, condicionou e alterou as datas em que foram realizadas as seguintes atividades:

- Apresentação do projeto à equipa de enfermagem, inicialmente previsto para dezembro de 2017, foi realizada em março de 2018.

- Avaliação das necessidades de formação dos enfermeiros da UMMF sobre a parentalidade prematura e identificar as reais necessidades da mulher/família perante o nascimento prematuro, previstas para janeiro de 2018, passou para março de 2018.
- Realização de ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem identificadas e realização de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o protocolo de atuação, previstas para abril-junho de 2018, foram realizadas em junho de 2018.
- Realização de sessões de preparação para a parentalidade prematura, de acordo com as necessidades da mulher/família, previsto para março-agosto de 2018, foi realizado junho-julho de 2018.
- Reformulação do Álbum Seriado da UMMF sobre o RN prematuro, previsto para fevereiro de 2018, foi realizado em abril-maio 2018.
- Elaboração em parceria do Guia de Acolhimento da UCIN, previsto para janeiro-março de 2018, acabou por não ser realizado. Isto porque após nova reunião com a Enfermeira Chefe da Neonatologia, esta referiu que ao refletir sobre a atividade considerou não considerar necessário ter esse documento, pois junto de cada incubadora já existe um compêndio com informações relativas ao funcionamento da unidade e outras informações relevantes sobre os RN prematuro.

Por outro lado, tendo a nível pessoal passado por uma gravidez (2018/19) e subsequente gozo de licença parental (2019/20), a elaboração do relatório final do trabalho de projeto, com fim previsto para agosto de 2018, apenas ocorreu em novembro de 2020. Consequentemente a entrega do relatório prevista para setembro de 2018, também só se concretizou em novembro de 2020.

## **6. ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO**

### **6.1 Avaliação de objetivos**

Ao longo do percurso realizado neste Trabalho de Projeto, o planeamento e a execução das atividades tiveram sempre em mira o cumprimento dos objetivos delineados (geral e específicos).

Neste sentido, adquirir e aprofundar conhecimentos suportados em evidência científica atual, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados facilitadores da transição para a parentalidade prematura, em muito contribuiu para esse cumprimento.

Ao mesmo tempo, ao aumentar as intervenções de enfermagem, realizadas no período pré-natal, facilitadoras da transição para a parentalidade aquando do parto prematuro, quer pelas sessões de formação em serviço realizadas, quer pela implementação do protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura, contribui-se para a uniformização dos cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro.

Permitindo também preparar a mulher/família para a parentalidade prematura, possibilitando expectativas realistas, promovendo deste modo a interação precoce entre os pais e o RN prematuro, por intermédio da reformulação e utilização do Álbum Seriado do Bebé Prematuro. Capacitando-se assim a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

Deste modo, considero que os objetivos propostos no projeto de trabalho foram atingidos com sucesso, dando também resposta às necessidades específicas das populações alvo.

### **6.2 Avaliação da implementação do programa**

De forma a realizar uma avaliação imediata da implementação do programa, recorri aos dados recolhidos pelo instrumento de avaliação aplicado nas sessões de formação em serviço (PA) e de educação para a saúde (PB), considerando ter contribuído para a melhoria



da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura. Criando a base para que os cuidados de enfermagem prestados nesse domínio passassem a ser mais uniformes, tornando-se, em simultâneo, os enfermeiros da UMMF detentores de um conjunto de conhecimentos que lhes permitiram prestar cuidados facilitadores desta transição. Tal como referido anteriormente, também foi possível capacitar as mulheres/famílias para essa transição.

Mais especificamente, a primeira sessão de formação em serviço “As Unidades de Neonatologia” foi avaliada pelos formandos, sendo os resultados da apreciação global e da avaliação do formador e metodologia, os seguintes:

Tabela 15 – Avaliação da Sessão de Formação em Serviço: “As Unidade de Neonatologia”				
<b>Apreciação Global</b>	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas	-	-	14%	86%
2. Os objetivos da formação foram atingidos.	-	-	14%	86%
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil	-	-	-	100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	-	-	14%	86%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	-	-	28%	72%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	-	-	14%	86%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	-	-	14%	86%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	-	-	14%	86%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	-	-	14%	86%
10. A duração da formação foi adequada.	-	-	28%	72%
11. O horário da formação foi adequado.	-	-	14%	86%
<b>Metodologia</b>	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	-	-	14%	86%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	-	-	28%	72%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	-	-	28%	72%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	-	-	14%	86%
16. Interação com o grupo.	-	-	28%	72%

17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	-	-	14%	86%
18. Gestão do tempo.	-	-	14%	86%
19. Pontualidade.	-	-	-	100%

A segunda sessão de formação em serviço, “Preparação para a parentalidade prematura – Protocolo de Atuação”, foi avaliada pelos formandos, sendo os resultados da apreciação global e da avaliação do formador e metodologia, os seguintes:

<b>Apreciação Global</b>	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas	-	-	14%	86%
2. Os objetivos da formação foram atingidos.	-	-	-	100%
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil	-	-	-	100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	-	-	86%	14%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	-	-	-	100%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	-	-	14%	86%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	-	-	14%	86%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	-	-	14%	86%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	-	-	14%	86%
10. A duração da formação foi adequada.	-	-	-	100%
11. O horário da formação foi adequado.	-	-	14%	86%
<b>Metodologia</b>	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	-	-	-	100%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	-	-	-	100%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	-	-	14%	86%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	-	-	14%	86%
16. Interação com o grupo.	-	-	28%	72%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	-	-	14%	86%
18. Gestão do tempo.	-	-	-	100%
19. Pontualidade.	-	-	-	100%

Pela apreciação global destas duas sessões de formação em serviço denota-se que os formandos as consideraram como muito importantes, concordando totalmente com as mesmas. De referir ainda que, por indicação da Enfermeira Chefe da UMMF, estas duas formações passaram a ser mandatórias para os novos elementos que integrarem a UMMF.

Quanto ao objetivo específico 2, foram realizadas várias sessões de preparação pré-natal para a parentalidade prematura, considerando as necessidades identificadas na mulher/família, tendo obtido os seguintes resultados:

<b>Apreciação Global</b>	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expetativas em relação à formação foram satisfeitas	-	-	10%	90%
2. Os objetivos da formação foram atingidos.	-	-	10%	90%
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil	-	-	-	100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	-	-	-	100%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	-	-	-	100%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	-	-	10%	90%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	-	-	10%	90%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	-	-	20%	80%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	-	-	10%	90%
10. A duração da formação foi adequada.	-	-	10%	90%
11. O horário da formação foi adequado.	-	-	-	100%
<b>Metodologia</b>	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	-	-	-	100%
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	-	-	-	100%
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	-	-	-	100%
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	-	-	10%	90%
16. Interação com o grupo.	-	-	-	100%
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	-	-	-	100%
18. Gestão do tempo.	-	-	10%	90%
19. Pontualidade.	-	-	-	100%

Também aqui foi evidente o elevado grau de concordância relativa à sua importância.

A médio-longo prazo, a avaliação da implementação do programa poderá ser realizada recorrendo-se à auditoria da documentação dos cuidados de enfermagem associados a estas intervenções de enfermagem, criando-se uma grelha de verificação de acordo com os itens descritos na instrução de trabalho, considerando-se uma taxa de conformidade média de 80% o valor mínimo a se obter (para real implementação do programa). Tal como se avaliar da satisfação das mulheres/famílias relativamente aos cuidados prestados no âmbito da preparação pré-natal para a parentalidade prematura, tendo que se construir um questionário para o efeito, também com base nos itens da instrução de trabalho.

### **6.3 Descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas**

No decurso da realização de um projeto, de forma a não ocorrerem desvios significativos da meta traçada, é fundamental que em paralelo se realizem momentos de avaliação intermédia, introduzindo-se as medidas corretivas necessárias para o sucesso do mesmo.

Deste modo, em primeiro lugar, gostaria de salientar as reuniões com a Orientadora, realizadas quer de forma presencial, quer à distância (por intermédio de plataformas informáticas), dado que foram imprescindíveis para a análise crítica e reflexiva do trabalho realizado e a realizar. Apesar do interregno que ocorreu na elaboração deste relatório, pelos motivos pessoais anteriormente descritos, mantive sempre o contato com a Orientadora, quer através de mensagens de correio eletrónico, quer através de chamadas telefónicas.

À medida que se foram desenvolvendo as atividades propostas, considero que, ao obter o parecer positivo da Enfermeira Chefe da UMMF relativamente aos trabalhos/documentos produzidos: as sessões de formação em serviço, a reformulação do Álbum Seriado do Bebé Prematuro e a instrução de trabalho - protocolo de atuação preparação para a parentalidade prematura, também foram realizados momentos de avaliação intermédia, tendo integrado nesses documentos as medidas corretivas por ela sugeridas.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

O processo de aquisição de competências na Enfermagem é um processo que se realiza ao longo do tempo, através de uma história pessoal, resultando de um processo de aprendizagem, no qual é fundamental que se reflita sobre a ação para que esta seja interiorizada, sendo tudo isto inseparável das boas práticas. E, tal como descrito anteriormente, o EESMO tem um conjunto de competências definidas, concordando com Félix (2011) quando desafia os EESMOs a procurar de forma contínua a excelência no exercício profissional.

Tal procura pela excelência no exercício profissional vem descrita no Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, no seu artigo 109º, sendo um dever realizar uma atualização contínua dos seus conhecimentos, de forma a utilizar as tecnologias de forma competente. Em termos práticos este trabalho de projeto, é uma prova do cumprimento desse dever, quer pela atualização que realizei nos meus conhecimentos relativamente a uma área específica do cuidado especializado de enfermagem no âmbito da preparação para a parentalidade prematura, quer por ter contribuído para a formação permanente da equipa de enfermagem da UMMF.

Ao mesmo tempo, de referir que, ao enfermeiro especialista é atribuída a competência comum de alicerçar *“os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019a, p.4749). Assim, ao me dedicar a este trabalho de projeto, responsabilizei-me por ser facilitador da aprendizagem sobre a temática em estudo, no meu contexto de trabalho, suportando a minha prática clínica em evidência científica. E também considero ter promovido a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho, nomeadamente através da elaboração do protocolo de atuação – preparação para a parentalidade prematura.

Em simultâneo, destaco que, este projeto também deu resposta à competência específica do enfermeiro ESMO de cuidar da *“mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal”* (Ordem dos Enfermeiros, 2019b, p.13562). Dado que se contribuiu para a capacitação da mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

Todas estas competências mobilizadas e adquiridas, no fundo contribuiram para se melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento.

Com este trabalho, ao contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, também se está a cumprir com o que é preconizado pelo Plano Nacional de Saúde vigente, sendo a qualidade em saúde aí descrita como uma prestação de cuidados de saúde de acesso fácil e equitativos, com um ótimo nível de profissionalismo, tendo em consideração os recursos disponíveis e que permitam a adesão e satisfação dos cidadãos (Ministério da Saúde & Direção-Geral de Saúde, 2015). Estando certa de que a equipa de enfermagem da UMMF tudo fará para que os cuidados prestados às mulheres/famílias com risco de parto prematuro sejam efetivos e seguros, com uma utilização dos recursos eficiente, disponibilizados a todas as mulheres internadas, prestados no momento adequado, que satisfaçam e correspondam, tanto quanto possível, às necessidades e expectativas das mulheres/famílias (Ministério da Saúde & Direção-Geral de Saúde, 2015).

Em termos mais globais/mundiais, em 2015, a Organização das Nações Unidas definiu na Agenda 2030 um conjunto de dezassete objetivos de desenvolvimento sustentável, cada um com um conjunto de metas associado. Destaco neste relatório esse documento, uma vez que o Objetivo 3 da Agenda 2030 é a Saúde de Qualidade, onde metas como a promoção da saúde mental e o bem-estar e a meta de atingir a cobertura universal de saúde, incluindo o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade, estão intimamente ligados com o trabalho que neste projeto foi desenvolvido, dado o seu contributo para a prestação de cuidados de qualidade.

Tendo em consideração o que acima foi descrito, considero ter mobilizado e adquirido as competências necessárias para se atingirem os objetivos propostos para este trabalho de projeto. Desde o que está preconizado para o enfermeiro em geral, passando pelas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro ESMO, cumprindo com o que é preconizado pelo Plano Nacional de Saúde vigente em Portugal e com metas de um dos objetivos de desenvolvimento sustentável definidos para os países que compõem a Organização das Nações Unidas. Nesta dimensão mais global, apesar do trabalho desenvolvido apenas se aplicar ao meu contexto de trabalho, estou certa de que *“o que eu faço é uma gota no meio de um oceano. Mas sem ela, o oceano será menor”* (Madre Teresa de Calcutá).

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na metodologia de projeto a ação educativa conduzirá a uma maior responsabilidade e capacidade de decidir do enfermeiro nas áreas de concepção, organização e prestação de cuidados de enfermagem especializados. Com a elaboração deste trabalho, foi possível alcançar uma maior compreensão do fenómeno central em estudo: a transição para a parentalidade, aquando do nascimento prematuro.

A transição para a parentalidade representa uma das etapas de vida que mais desafios impõe ao Ser Humano, tendo riscos associados e a hospitalização de um filho (causada pelo nascimento prematuro) tornam esses desafios ainda maiores. Uma vez que há a dissolução de uma série de expectativas e desejos face ao nascimento de um filho.

Neste contexto, os enfermeiros têm o dever de conhecer, na sua singularidade, a família de quem cuidam, atuando em parceria de forma a responder eficazmente às necessidades da mesma, conferindo-lhes informações e conhecimentos de modo a facilitar e a capacitá-los para o processo de transição para a parentalidade, começando a estimulação das competências parentais ainda durante a gravidez.

Os resultados deste trabalho fornecem alguns elementos importantes para a educação e formação em enfermagem, bem como para a sua prática. Dos quais se evidenciam os aspetos relativos à uniformização dos cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro, nomeadamente as sessões de formação em serviço realizadas e o documento de apoio à prática elaborado (instrução de trabalho – protocolo de atuação: preparação para a parentalidade prematura). Assim como, as estratégias utilizadas para capacitar a mulher/família a desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura, entre elas o Álbum Seriado do Bebé Prematuro e em simultâneo o documento de apoio à prática atrás referido.

Ao efetuar este trabalho deparei-me com a importância e complexidade deste fenómeno. Desta forma, penso que ainda existir um longo caminho a percorrer, no sentido de entender toda a experiência vivida por Pais, na transição para a parentalidade, aquando do nascimento prematuro. Deixando como sugestão a realização de mais estudos neste



domínio, como por exemplo a identificação das necessidades da mulher/família no intra-parto e pós-parto e em paralelo a identificação das necessidades de formação dos enfermeiros que prestam cuidados nesses períodos sobre o tema.

Mediante estes aspetos, posso afirmar, que foi possível desenvolver um processo de aprendizagem coerente e sólido. Dada a dedicação e o empenho que apliquei neste trabalho de projeto, considero que os objetivos delineados foram amplamente atingidos, contribuindo para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do EESMO, no processo de cuidar da mulher/família, preparando-os para a transição para a parentalidade aquando do nascimento prematuro. Havendo ganhos evidentes em termos do desenvolvimento das minhas competências científicas, técnicas, relacionais e reflexivas no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados de saúde materna e obstetria no geral e nos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento em particular.

Por último, tendo em conta que este trabalho representou um enorme desafio não posso concordar mais com Cortesão quando este afirma que um projeto *“é a tentação de se lançar na aventura, de correr o risco, de tentar, de se expor, de passar da situação protegida de espectador (...), à posição vulnerável que resulta de ser ator, com o risco de ver as suas ideias traduzidas em propostas, em ações, efeitos, resultados, de, apesar do pudor, ver os outros tendo acesso às suas ideias e criticando as suas realizações”* (1991, p.81).

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abreu, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Formasau.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In Canavarro, M. *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.297-315). Quarteto Editores.
- Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwachai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, J., & Lodha, A. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2181-3>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto Editora.
- Brazelton, T. (2000). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Terramar.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Terramar Editores.
- Brazelton, T., & Greenspan, S. (2003). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Editorial Presença.
- Brazelton, T. (2003). *O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos de vida*. Editorial Presença.
- Brødsgaard, A., Larsen, P., Weis, J., & Pedersen, P. (2016). The perception of partnership between parents of premature infants and nurses in neonatal intensive care units: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 14(9), 40-46.
- Camarneiro, A., Alves, C., Ferreira, A., & Gomes, A. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Paediatrica*, 40(2), 53–57.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, 5-35.

- Campos, A, Fernandes, R (2013). *Em Defesa da Maternidade Alfredo da Costa*. Bertrand Editora.
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. (2018). *Missão, Visão, Valores e Objectivos*. <http://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
- Collière, M (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lidel Edições Técnicas.
- Cortesão, L. (1991). Projecto, interface de expectativa e de intervenção. In Leite, E., Malpique, M., & Santos, M. *Trabalho de Projecto: 1. Aprender por projectos centrados em problemas* (pp.81-90). Edições Afrontamento.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologias de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Edições Almedina.
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez*. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- Doron, M., Trenti-Paroli, E., & Linden, D. (2013). Supporting parents in the NICU: A new app from the US, 'MyPreemie' A tool to provide parents of premature babies with support, empowerment, education and participation in their infant's care. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(6), 303-308.
- Félix, T. (2011). Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: do perfil de competências ao trabalho em desenvolvimento. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (38), 47-48.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Vilelas, J. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45-60.
- Ferreira, S. (1999). O relatório crítico de actividades (RCA) na avaliação da prática clínica de alunos. *Trajectos e projectos*, (1), 44-47.
- Figueiredo, B. (2001). *Mães e bebés*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. (2014). Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 119–24. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>

- Fortin, M. (2003) *O processo de investigação – da concepção à realização*. Lusociência.
- Ghandehari, H., & Glanc, P. (2017). *Chapter 44 - Cervical Ultrasound and Preterm Birth. Diagnostic Ultrasound, 2-Volume Set (Fifth Edit)*. Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40171-5.00044-4>
- Gomes-Pedro, J., & Patrício, M. (1997). Comunicação e Desenvolvimento dos Vínculos na Criança. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 28(4), 307-312.
- Guillén, Ú., Suh, S., Munson, D., Posencheg, M., Truitt, E., Zupancic, J. A. F., & Kirpalani, H. (2012). Development and pretesting of a decision-aid to use when counseling parents facing imminent extreme premature delivery. *Journal of Pediatrics*, 160(3), 382–387. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.08.070>
- Hamilton, S. A., & Mullan, C. (2016). Management of preterm labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 26(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.004>
- Hirata, T. (2000) Prematurity. In Jakson, P., & Vessey, J. *Primary Care of the Child with a Chronic Condition*. Mosby.
- *International Confederation of Midwives* (2019). Essential Competencies for Midwifery Practice. [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019\\_final\\_18-oct-5db05248843e8.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf)
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estatísticas Demográficas 2018*. Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K., & Lee, S. K. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90(11), 781–785. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019>
- Jones, L., Woodhouse, D., & Rowe, J. (2007). Effective nurse parent communication: A study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Education and Counseling*, 69(1–3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.08.014>
- Leal, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e Parentalidade*. Fim de Século.
- Lebel, V., Héon, M., Juneau, A., Collette, K., & Feeley, N. (2021). The development of a digital educational program with parents of preterm infants and neonatal nurses to meet parents educational needs. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(1), 52-57.

- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. Grune & Stratton.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. Lusociência.
- Macedo, L., & Guimarães, A. (2012). Experiences in prematurity: a literature review. *Nursing: Revista de Formação Continua em Enfermagem*, 24(280), 20-25.
- Mazet, P., & Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Climepsi Editores.
- 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.
- Meleis, A. (2015). *Theoretical nursing: Development and progress*. J.B. Lippincott Company.
- Mendes, E. (1997). Cuidados de enfermagem em terapia intensiva neonatal. In Miura, E, Procianoy, R. *Neonatologia: Princípios e Prática*. (pp.76-80). Artes Médicas.
- Ministério da Saúde, Direção-Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020*. Portugal: Governo de Portugal. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>
- Nações Unidas (2015). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. <https://un-ric.org/pt/Objetivos-de-Desenvolvimento-Sustentavel/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). Preterm labour and birth. *NICE Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs135/chapter/Quality-statement-3-Information-for-women-having-a-planned-preterm-birth>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Código Deontológico*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2016a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe\\_estatuto2016\\_versao03-05-17.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2016b). *CIFE – Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 2015*. Lusodidacta. <https://www.flipsnack.com/orde-menfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPami-qLYUFxTjOJH8VcXQRTbrce4JONEfouVPS6Rwg8>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. [https://www.orde-menfermeiros.pt/media/8139/ponto-5\\_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf](https://www.orde-menfermeiros.pt/media/8139/ponto-5_regulamento-padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-eesmo.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, (2ª série-Nº 26), 4744–4750.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República*, 2ª Série, 85, 13560–13565.
- Organização Mundial de Saúde (2018). *Preterm birth*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Oshiro, B. T., & Berns, S. D. (2011). Quality improvement opportunities to prevent preterm births. *Clinics in Perinatology*, 38(3), 565–578. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.010>
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. SAGE Publications.
- Pereira, E. (2001). Diários de Aprendizagem: Promoção da reflexão na prática clínica. *Revista Investigação em Enfermagem*. (4), 12-19.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Editora Artes Médicas.
- Queirós, P. (2011). Enfermagem, Ciência Humana Prática. *Sinais Vitais*, 97, 13-16.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Rundell, K., & Panchal, B. (2017). Preterm Labor: Prevention and Management. *American Family Physician*, 95(6), 366–372.
- Ruquoy, D. (1997). Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador. In Albarello, L. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva, p.84-116.

- Seabra-Santos, M. (2001). Conhecer as Competências do Recém-Nascido. In Canavarro, M. *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 133-155). Quarteto Editores.
- Silva, C., & Silva, M. (2004). Implicações psicossociais da gestação de alto risco. *Informar*, 32, 45-49.
- Simhan, H., Berghella, V., & Iams, J. (2014). *40 - Preterm Labor and Birth. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine, 7/e* (Seventh Ed). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-1137-6.00040-4>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Lusociência.
- Rolim, L., & Canavarro, M. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In Canavarro, M. *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp.255-296). Quarteto Editores.
- Ruquoy, D. (1997) Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador. In L. Albarello, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp. 84-116). Gradiva.
- Tanganho, C., Tomé, T., Ferreira, L., Pires, A., & Trindade, F. (1997). Avaliação da Informação aos Pais do Recém-Nascido Pré Termo, 28(3), 97–100.
- The American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 128 (171), 155-164.
- *World Health Organization*. (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183037/9789241508988_eng.pdf?sequence=1)
- Young, G., & Holditch-Davis, D. (1990). Nursing Care of High-Risk Neonate. In Moot, S., James, S., & Sperhac, A. *Nursing Care of the Children and Families*, pp.1844-1907. Addison-Wesley Nursing.

# **APÊNDICES**



**Apêndice 1 – Protocolo de Investigação submetido ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central**

# Protocolo de Investigação

O nascimento prematuro: contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na preparação pré-natal e na transição para a parentalidade.

**ANA PAULA CANELAS SANTANA**

7 de dezembro de 2017  
ana.paula.santana@chlc.min-saude.pt

## FUNDAMENTOS DO ESTUDO

O presente trabalho, que tem por base a metodologia de projeto, definida por Cortesão (1991) como “uma actividade intencional através da qual o actor social, tomando o problema que o interessa, produz conhecimentos, adquire capacidades, revê e / ou adquire atitudes e / ou resolve problemas que o preocupam através do estudo e envolvimento numa questão” (p.89).

A primeira etapa da metodologia do trabalho de projeto consiste na identificação/formulação do problema. A problemática subjacente a este trabalho é a da preparação pré-natal e a transição para a parentalidade, aquando do nascimento prematuro. A escolha desta área do conhecimento resultou de um momento de reflexão e de pesquisa interior, acabando por espelhar o meu percurso profissional. Iniciei a minha vida profissional numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) na qual tive contacto com recém-nascidos(RN)/famílias prematuros. Tendo sido transferida para a Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF), após a obtenção do título de EESMO. Nesta Unidade centro os cuidados na mulher/família, no ciclo de fertilidade e no âmbito da parentalidade, em situação de doença / risco materno-fetal e na fase latente do trabalho de parto, a nível hospitalar, tendo em vista a promoção de saúde e bem-estar da mulher/família com gravidez de risco que culminam em partos prematuros. De certo modo, a boa relação e articulação que existe entre as duas Unidades também contribuíram para a escolha realizada.

A decisão de ter um filho é um momento cuja complexidade tem crescido ao longo dos tempos, o que acarreta uma maior responsabilidade, para os pais, de ter um RN perfeito em todos os sentidos (Brazelton, 2000). Ao mesmo tempo a gravidez é socialmente encarada como um momento feliz, do qual resulta o nascimento de um RN saudável. Perante todas as expectativas que são criadas e sabendo que “todos os pais depositam esperança num parto normal e recompensador” (Brazelton, 2000, p.112),” quando este período é abreviado, nomeadamente através de um parto prematuro, os pais sentem-se perdidos e incompletos” (Brazelton; Cramer, 2001, p.31), sendo natural que os pais não se sintam preparados para lidar com o nascimento de um RN prematuro.

A nível mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (2017), ocorrem cerca de 15 milhões de partos prematuros (com idade gestacional inferior a 37 semanas) por ano. Em Portugal, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2017), nos últimos anos têm-se registado um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros, de 7,4% em 2011 para 7,8 em 2016. No Centro Hospitalar de Lisboa Central, em 2016 a percentagem de partos prematuros foi de 12,7%, valor superior à média nacional.

Tendo presente o facto de que “o nascimento de uma criança prematura representa uma prova muitas vezes difícil de superar para os pais” (Mazet; Stoleru, 2003, p.285), é um acontecimento inesperado e ameaçador, representando sempre uma crise emocional para os pais. O parto surge num momento em que os pais ainda não estão preparados, pondo um termo brusco a todas as fantasias, comprometendo-se assim a adaptação destes. Os sentimentos que esperavam vivenciar são substituídos por outros muito confusos e intensos, por vezes paradoxais (Barros, 2001, p.307), daí a importância da intervenção do enfermeiro, elemento de apoio significativo e facilitador da expressão e do controlo emocional. Deste modo, criando um ambiente de segurança e ao promover algum controlo emocional, o enfermeiro está a favorecer a adaptação dos pais ao seu novo papel, preparando-os para desempenhar as suas tarefas parentais.

De acordo com o Regulamento nº127/2011, da Ordem dos Enfermeiros, é da competência profissional do EESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, tendo em consideração os três níveis de prevenção. Mediante estes aspetos torna-se evidente que compete ao EESMO fazer mais e melhor pela saúde de cada mulher/família, garantido condições científicas, técnicas e humanas que favoreçam uma experiência da transição para a parentalidade prematura esclarecida, e acima de tudo, segura e feliz, com ganhos em saúde.

Quando o RN prematuro necessita de ser internado numa UCIN ocorre uma separação logo após o seu nascimento. Este é acolhido num ambiente extremamente hostil, agressivo, confuso e gerador de stress (para os RNs e para os pais). Os RNs prematuros passam assim os seus primeiros tempos de vida em condições ambientais que restringem as ocasiões de estabelecer contacto com os pais. Por seu turno, para os pais a visão de um RN extremamente doente, cercado de aparelhos, tubos e fios torna-se muito dolorosa. Desta forma a qualidade do contacto inicial entre ambos irá ser influenciada.

Perante tudo o que foi referido anteriormente é primordial e indispensável que o enfermeiro desenvolva a capacidade de estar atento às necessidades, às expectativas e aos receios dos pais, pois só assim os cuidados prestados são individualizados, dirigidos para a especificidade de cada situação. É aqui que o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental, o de promotor da relação precoce entre os pais e o RN. Assim, torna-se pertinente refletir em conjunto com a UCIN e estabelecer uma parceria que permita construir uma base sólida de cuidados que ajudem os pais na transição para a parentalidade em situações de nascimento prematuro.

Deste modo pretende-se com a implementação deste projeto dar contributos para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do EESMO, no processo de cuidar da mulher/família, preparando-os para a transição para a parentalidade aquando do nascimento prematuro.

## OBJETIVOS

### Objetivo Geral:

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento.

### Objetivos Específicos:

Uniformizar os cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro;

Capacitar a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

### DESENHO DO ESTUDO, DADOS A RECOLHER, MÉTODOS PARA OS OBTER, TRATAR E ANALISAR

A fase metodológica consiste em definir os meios de realização da investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação. As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo. (Fortin, 2003)

Este estudo terá uma abordagem qualitativa. Até há pouco tempo o método quantitativo parecia ser o único que contribuía para o avanço do corpo de conhecimentos da profissão de enfermagem, devido ao carácter objetivo e sistemático que lhe é inerente e à abordagem estatística que possibilita na análise dos dados obtidos (Parahoo, 1997). Paralelamente ao desenvolvimento das ciências sociais, verificou-se um aumento crescente dos estudos de índole qualitativa, tendo por base o interesse crescente dos investigadores “pelo indivíduo, pela sua forma de ver o mundo, pelas suas intenções, pelas suas crenças” (Ruquoy, 1997, p.84). Através de um estudo profundo, o investigador tem como finalidade conhecer o significado que cada sujeito atribui ao fenómeno em estudo, afirmando Streubert e Carpenter (2002) que existem várias realidades, correspondentes à diversidade de significados e conseqüente compreensão que cada indivíduo faz do fenómeno.

Concluindo, “o objectivo da pesquisa qualitativa é documentar e interpretar, tanto quanto possível, a totalidade de qualquer fenómeno que esteja a ser estudado em particular, e segundo o ponto de vista da própria pessoa” (Leininger, 1985, p.5), o que vai ao encontro dos objetivos do presente trabalho de projeto.

Como instrumento para recolha de dados será apresentada a entrevista. Neste estudo a técnica utilizada para a colheita de dados será entrevista pois, para uma “abordagem em profundidade do ser humano, a entrevista tornou-se um instrumento primordial” (Ruquoy, 1997, p.84), uma vez que possibilita “recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan; Bilken, 1994, p.134). Especificamente, permite a “análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados” (Quivy; Campenhoudt, 2003, p.193). O tipo de entrevista selecionado será a entrevista não estruturada, pois é a que mais se adequa a este trabalho. Uma vez que permite que o investigador compreenda determinado acontecimento na perspectiva dos participantes no estudo, sendo estes encorajados a falar livremente sobre o tema em estudo. (Fortin, 2003)

Os dados recolhidos serão analisados através do programa informático *Nvivo 10*.

Este projeto também foi submetido ao Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade de Évora, a 15 de novembro de 2017, aguardando ainda o seu parecer.

## POPULAÇÃO E AMOSTRA A ESTUDAR

De acordo com Streubert e Carpenter (2002), a amostra deve ser constituída por sujeitos que tenham vivenciado, ou se encontrem a vivenciar, o fenómeno em estudo. No presente estudo recorrer-se-á a uma amostra accidental.

Sendo a população constituída pelos enfermeiros da UMMF e as mulheres/famílias internadas na UMMF por ameaça de parto prematuro. Com base nos fundamentos teóricos e aspetos éticos inerentes a um estudo de pesquisa empírica, foram delimitados outros critérios de inclusão dos sujeitos na amostra.

Na primeira população, os enfermeiros da UMMF, delimitaram-se os seguintes critérios de inclusão:

1. Experiência profissional de pelo menos 2 anos;
2. Experiência profissional na área de saúde materna e obstetrícia de pelo menos 1 ano;
3. Ter finalizado a integração na UMMF.

Na segunda população, as mulheres/famílias internadas na UMMF por ameaça de parto prematuro, foram delimitados os seguintes critérios de inclusão:

1. Nacionalidade portuguesa: o facto de serem portugueses, torna a amostra homogénea em termos culturais, dado que a forma como a sociedade e cultura percecionam a gravidez, a maternidade e o nascimento de um filho prematuro influencia a experiência individual;
2. Idade superior a 18 anos: a gravidez na adolescência acarreta inúmeras especificidades que podem influenciar as vivências dos pais;
3. Gravidez que tenha sido vigiada: pelo menos 4 consultas até às 24 semanas;
4. Gravidez com pelo menos um episódio de ameaça de parto prematuro, que implique internamento na UMMF;
5. Gravidez de feto / RN sem malformações ou doenças congénitas;
6. Primeiro filho prematuro: visto que uma experiência anterior neste âmbito irá ter influências na vivência da situação atual;

No que se refere à seleção da amostra será importante referir que num estudo qualitativo não se coloca o problema da representatividade estatística da amostra, uma vez que o mais importante consiste na diversificação dos sujeitos intervenientes no estudo, com vista a dar resposta ao objetivo de investigação delineado. (Ruquoy, 1997) Por outro lado, não existem regras quanto ao tamanho da amostra, já que este irá depender da finalidade do estudo, da utilidade dos dados, da sua credibilidade e do tempo e recursos disponíveis, sendo que o mais importante é a riqueza da informação obtida. (Patton, 1990)

## FORMAS PREVISTAS PARA A DIVULGAÇÃO

- Formação em serviço
- Publicação de artigo científico

## CALENDÁRIO DO ESTUDO, RECURSOS REQUERIDOS PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

### Plano – Objetivo Específico 1

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>Reunir com a Enfª Chefe da UMMF, com a Enfª Chefe da UCIN e com o Docente Orientador para apresentação do projeto;</li> <li>Solicitar autorização ao Centro Hospitalar para implementação do projeto;</li> <li>Avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UMMF no âmbito da parentalidade prematura, através da aplicação de entrevista;</li> <li>Realizar ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas da equipa de enfermagem da UMMF no âmbito da parentalidade prematura;</li> <li>Elaborar protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura;</li> <li>Realizar formação em serviço às equipas de enfermagem sobre a operacionalização do protocolo de atuação.</li> </ul>	<p><u>Materiais:</u> Bases de dados informatizadas; Materiais informáticos necessários para realização de formação em serviço (computador, projetor).</p> <p><u>Humanos:</u> Orientador, Enfª Chefe da UMMF, Enfª Chefe da UCIN e equipa de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquirir e aprofundar conhecimentos suportados em evidência científica atual, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados facilitadores da transição para a parentalidade prematura.</li> <li>Aumentar as intervenções de enfermagem, realizadas no período pré-natal, facilitadoras da transição para a parentalidade aquando do parto prematuro.</li> <li>Implementar o protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorização do Centro Hospitalar de Lisboa Central para implementação do projeto;</li> <li>Verbalização pelos enfermeiros da motivação ou não de integrar o projeto;</li> <li>Avaliação das sessões de formação em serviço, utilizando questionário da Área de Gestão e Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central.</li> </ul>

### Plano – Objetivo Específico 2

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>Reunir com a Enfª Chefe da UMMF e com a Enfª Chefe da UCIN para promoção de um trabalho de parceria com a UCIN;</li> <li>Identificar as reais necessidades da mulher/família perante o nascimento prematuro, realizando entrevista;</li> <li>Realizar sessões de preparação pré-natal para a parentalidade prematura, considerando as necessidades identificadas na mulher/família;</li> <li>Reformular o Álbum Seriado que existe na UMMF sobre o RN prematuro;</li> <li>Promoção de esclarecimento à mulher/família sobre as dinâmicas da UCIN.</li> </ul>	<p><u>Materiais:</u> Bases de dados informatizadas; Materiais informáticos necessários para realização de formação em serviço (computador, projetor), Álbum Seriado, Guia de Acolhimento da UCIN.</p> <p><u>Humanos:</u> Orientador, Enfª Chefe da UMMF, Enfª Chefe da UCIN e equipa de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquirir e aprofundar conhecimentos suportados em evidência científica atual, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados centrados na família nas UCINs.</li> <li>Preparar a mulher/família para a parentalidade prematura, possibilitando expectativas realistas.</li> <li>Promover a interação precoce entre os pais e o RN prematuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de participação da mulher/família nas entrevistas;</li> <li>Avaliação das sessões, utilizando questionário da Área de Gestão e Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central.</li> </ul>

## Cronograma previsto

Data	2017		2018									
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
<b>Atividades</b>												
Escolher o tema.												
Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema.												
Elaborar da Proposta do Trabalho de Projeto.												
Reunir com o Orientador.												
Reunir com a Enfª Chefe da UMMF e com a da UCIN.												
Apresentar o projeto à equipa de enfermagem.												
Avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a parentalidade prematura.												
Realizar ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem identificadas.												
Elaborar de protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura.												
Realizar formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o protocolo de atuação.												
Identificar as reais necessidades da mulher/família perante o nascimento prematuro.												
Realizar sessões de preparação para a parentalidade prematura, de acordo com as necessidades da mulher/família.												
Reformular o Álbum Seriado da UMMF sobre o RN prematuro.												
Elaborar em parceria o Guia de acolhimento da UCIN.												
Elaboração do relatório final do Trabalho de Projeto.												
Divulgação dos resultados.												

### MEIOS PREVISTOS PARA CUMPRIR COM OS REQUISITOS ÉTICOS E LEGAIS

Em todas e qualquer investigação onde são utilizadas pessoas como sujeitos de investigação, é necessário salvaguardar os seus direitos. Polit diz-nos que: “quando são utilizados indivíduos como sujeitos de investigação científica – como costuma ocorrer em enfermagem – precisa-se ter muito cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos” (1995, p.292).



Existem limites de natureza ética que não devem ser transpostos em todos os tipos de investigação, nomeadamente, nos que envolvem seres humanos enquanto objetos de estudo.

De acordo com Fortin, “cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (2003, pág. 116).

O direito à autodeterminação estipula que todo o ser humano tem capacidade de decidir por si próprio e ser senhor do seu destino. Daí que todo o indivíduo tem o direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não numa investigação. Como consequência, forçar ou constranger a pessoa em sentido contrário constitui violação da sua autodeterminação. Neste trabalho terei o cuidado de elucidar em pormenor os objetivos deste estudo aos participantes e de obter a sua anuência, que julgamos adquirida da forma mais esclarecida possível, por intermédio do consentimento informado (Anexo I).

Quanto ao direito à intimidade e sabendo que toda a investigação do âmbito das Ciências Sociais pode revestir a forma de uma intromissão na vida pessoal dos indivíduos estudados, é obrigação do investigador criar condições que protejam a intimidade dos potenciais investigados. É preciso ter em conta que é necessário preservar, a todo o custo, a esfera privada da vida das pessoas e aceitar e proteger as informações que o investigador tem o privilégio de partilhar. A submissão da informação confidencial e privada, obtida pelo investigador, e fornecido a terceiros, constitui uma violação grosseira do direito à intimidade e é um ato indigno de qualquer profissional engajado na investigação.

No que se refere ao direito ao anonimato e à confidencialidade, será obrigação da investigadora respeitar a ausência de identificação pessoal e o carácter confidencial dos dados recolhidos durante a investigação constitui uma outra faceta do enquadramento ético que preside à investigação associada a seres humanos. O seu respeito revela-se, tal como os outros direitos, fundamental, dado que, a quebra do sigilo nesta área, acarreta consequências pessoais nefastas. O anonimato das entrevistas será garantido pela investigadora, após o auto-preenchimento, que se compromete em não identificar os participantes, em nenhum momento da investigação. Os dados recolhidos nas entrevistas serão analisados pela investigadora. O sigilo relativamente ao conteúdo das respostas será preservado. Os ficheiros de dados serão guardados pela investigadora durante cinco anos e destruídos no final deste período.

O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo prende-se com o proteger as pessoas contra possíveis fatores suscetíveis de lhes causar prejuízo ou de algum modo lhes ocasionar algum mal. Baseia-se no princípio do benefício, o qual tem um papel preventivo no combate ao desconforto e ao dano, promovendo ao mesmo tempo o bem-estar das pessoas. É responsabilidade do investigador promover, na medida do possível, condições favoráveis à protecção contra o desconforto e o prejuízo.

Este direito tem a ver com a necessidade de os sujeitos de uma investigação serem informados sobre os objetivos da mesma, bem como dos métodos utilizados, dado que constituem a base para um consentimento informado. Conforme sublinhado nos parágrafos anteriores será preocupação da investigadora explicitar de forma clara, com recurso a níveis de linguagem apropriada aos diferentes

estratos culturais e profissionais encontrados, os objetivos do estudo bem como os métodos a ele associados.

#### ESTUDOS PRÉVIOS EM QUE SE BASEIA ESTE PROJETO

- Alberta, I. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II NICUs.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. Canavarro, *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.297-315). Coimbra: Quarteto Editores.
- Benzie, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwachai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, J., ... Lodha, A. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2181-3>
- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, T. (2000). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 2000.
- Brazelton, T., Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar Editores.
- Camarneiro, A. P. F., Alves, C. A. das N., Ferreira, A. P. C., & Gomes, A. I. F. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Paediatrica*, 40(2), 53–57.
- Cortesão, L. (1991). Projecto, interface de expectativa e de intervenção. In E. LEITE, M. MALPIQUE, M. SANTOS, *Trabalho de Projecto: 1. Aprender por projectos centrados em problemas* (pp.81-90). Porto: Edições Afrontamento.
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. (2014). Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 119–24. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>
- Fortin, M. (2003) *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Ghandehari, H., & Glanc, P. (2017). *Chapter 44 - Cervical Ultrasound and Preterm Birth. Diagnostic Ultrasound, 2-Volume Set* (Fifth Edit). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40171-5.00044-4>
- Guillén, Ú., Suh, S., Munson, D., Posencheg, M., Truitt, E., Zupancic, J. A. F., ... Kirpalani, H. (2012). Development and pretesting of a decision-aid to use when counseling parents facing imminent extreme premature delivery. *Journal of Pediatrics*, 160(3), 382–387. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.08.070>
- Hamilton, S. A., & Mullan, C. (2016). Management of preterm labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 26(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.004>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K., & Lee, S. K. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90(11), 781–785. <https://doi.org/10.1016/j.earlhum-dev.2014.08.019>
- Jones, L., Woodhouse, D., & Rowe, J. (2007). Effective nurse parent communication: A study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Education and Counseling*, 69(1–3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.08.014>
- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton.
- Mazet, P., Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Preterm labour and birth. *NICE Guideline*, 1–27.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República*, 2ª Série, 85, 13560–13565.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 351/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário Da República*, (2ª série-Nº 119), 16661–16665.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Preterm birth*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Oshiro, B. T., & Berns, S. D. (2011). Quality improvement opportunities to prevent preterm births. *Clinics in Perinatology*, 38(3), 565–578. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.010>
- Parahoo, K. (1997). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. London: MacMillan Press Ltd.
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park [etc.]: SAGE Publications.
- Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rundell, K., & Panchal, B. (2017). Preterm Labor: Prevention and Management. *American Family Physician*, 95(6), 366–372. Retrieved from <http://dx.doi.org/>
- Simhan, H. N., Berghella, V., & Iams, J. D. (2014). 40 - Preterm Labor and Birth. *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine*, 7/e (Seventh Ed). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-1137-6.00040-4>
- Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Ruquoy, D. (1997) Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador. In L. Albarello, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp. 84-116). Lisboa: Gradiva.
- Tanganho, C., Tomé, T., Ferreira, L., Pires, A., & Trindade, F. (1997). Avaliação da Informação aos Pais do Recém-Nascido Pré Termo, 28(3), 97–100.

## **Apêndice 2 – Apresentação do Trabalho de Projeto**

O Nascimento Prematuro:  
contributos do Enfermeiro Especialista  
em Saúde Materna e Obstetrícia na  
preparação pré-natal e na transição para  
a parentalidade.

## TRABALHO DE PROJETO



02/03/2018

Docente: Maria da Luz Barros  
Discente: Ana Santana

ana.paula.santana@chlc.min-saude.pt <sup>1</sup>

### Sumário

- Fundamentação do estudo
- Objetivos
- Desenho do estudo, dados a recolher, métodos para os obter, tratar e analisar
- População e amostra a estudar
- Formas previstas para a divulgação
- Calendário do estudo, recursos requeridos para a realização do estudo
- Cronograma previsto

<sup>2</sup>

## Fundamentação do estudo

- A decisão de ter um filho é um momento cuja complexidade tem crescido ao longo dos tempos, o que acarreta uma maior responsabilidade, para os pais, de ter um RN perfeito em todos os sentidos (Brazelton, 2000).
- Ao mesmo tempo a gravidez é socialmente encarada como um momento feliz, do qual resulta o nascimento de um RN saudável.
- Perante todas as expectativas que são criadas e sabendo que “todos os pais depositam esperança num parto normal e recompensador” (Brazelton, 2000, p.112), “quando este período é abreviado, nomeadamente através de um parto prematuro, os pais sentem-se perdidos e incompletos” (Brazelton; Cramer, 2001, p.31), sendo natural que os pais não se sintam preparados para lidar com o nascimento de um RN prematuro.

3

## Fundamentação do estudo

- A nível mundial, de acordo com a OMS (2017), ocorrem cerca de 15 milhões de partos prematuros (com IG <37 semanas) por ano.
- Em Portugal, segundo os dados do INE (2017), nos últimos anos têm-se registado um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros, de 7,4% em 2011 para 7,8 em 2016.
- No CHLC, em 2016 a percentagem de partos prematuros foi de 12,7%, valor superior à média nacional.

4

## Fundamentação do estudo

- De acordo com o Regulamento nº127/2011, da Ordem dos Enfermeiros, é da competência profissional do EESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, tendo em consideração os três níveis de prevenção.
- Mediante estes aspetos torna-se evidente que compete ao EESMO fazer mais e melhor pela saúde de cada mulher/família, garantido condições científicas, técnicas e humanas que favoreçam uma experiência da transição para a parentalidade prematura esclarecida, e acima de tudo, segura e feliz, com ganhos em saúde.

5

## Objetivos

- **Objetivo Geral:**

Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento.

- **Objetivos Específicos:**

1. Uniformizar os cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro;
2. Capacitar a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

6

Desenho do estudo, dados a recolher, métodos para os obter, tratar e analisar

- Abordagem qualitativa
- Instrumento de recolha de dados: entrevista não estruturada
- Consentimento Informado
- Os dados recolhidos serão analisados através do programa informático *Nvivo 10*

7

População e amostra a estudar

- A população é constituída pelos enfermeiros da UMMF e as mulheres/famílias internadas na UMMF por ameaça de parto prematuro.
- Para os enfermeiros da UMMF, delimitaram-se os seguintes critérios de inclusão:
  1. Experiência profissional de pelo menos 2 anos;
  2. Experiência profissional na área de saúde materna e obstetrícia de pelo menos 1 ano;
  3. Ter finalizado a integração na UMMF.

8



## População e amostra a estudar

- Para as mulheres/famílias internadas na UMMF/UCIN por ameaça de parto prematuro/parto prematuro, foram delimitados os seguintes critérios de inclusão:
  1. Nacionalidade portuguesa;
  2. Idade superior a 18 anos;
  3. Gravidez que tenha sido vigiada: pelo menos 4 consultas até às 24 semanas;
  4. Gravidez com pelo menos um episódio de ameaça de parto prematuro, que implique internamento na UMMF;
  5. Gravidez de feto / RN sem malformações ou doenças congénitas;
  6. Primeiro filho prematuro.

9

## Formas previstas para a divulgação

- Formação em serviço
- Publicação de artigo científico

10

<p>Calendário do estudo, recursos requeridos para a sua realização</p> <p>Objetivo Específico 1</p>	Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar pesquisa bibliográfica;</li> <li>Reunir com a Enfª Chefe da UMMF, com a Enfª Chefe da UCIN e com o Docente Orientador para apresentação do projeto;</li> <li>Solicitar autorização ao Centro Hospitalar para implementação do projeto;</li> <li>Avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UMMF no âmbito da parentalidade prematura, através da aplicação de entrevista;</li> <li>Realizar ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades identificadas da equipa de enfermagem da UMMF no âmbito da parentalidade prematura;</li> <li>Elaborar protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura;</li> <li>Realizar formação em serviço às equipas de enfermagem sobre a operacionalização do protocolo de atuação.</li> </ul>	<p><u>Materiais:</u> Bases de dados informatizadas; Materiais informáticos necessários para realização de formação em serviço (computador, projetor).</p> <p><u>Humanos:</u> Orientador, Enfª Chefe da UMMF, Enfª Chefe da UCIN e equipa de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquirir e aprofundar conhecimentos suportados em evidência científica atual, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados facilitadores da transição para a parentalidade prematura.</li> <li>Aumentar as intervenções de enfermagem, realizadas no período pré-natal, facilitadoras da transição para a parentalidade aquando do parto prematuro.</li> <li>Implementar o protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autorização do Centro Hospitalar de Lisboa Central para implementação do projeto;</li> <li>Verbalização pelos enfermeiros da motivação ou não de integrar o projeto;</li> <li>Avaliação das sessões de formação em serviço, utilizando questionário da Área de Gestão e Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central.</li> </ul>

11

<p>Calendário do estudo, recursos requeridos para a sua realização</p> <p>Objetivo Específico 2</p>	Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema;</li> <li>Reunir com a Enfª Chefe da UMMF e com a Enfª Chefe da UCIN para promoção de um trabalho de parceria com a UCIN;</li> <li>Identificar as reais necessidades da mulher/família perante o nascimento prematuro, realizando entrevista;</li> <li>Realizar sessões de preparação pré-natal para a parentalidade prematura, considerando as necessidades identificadas na mulher/família;</li> <li>Reformular o Álbum Seriado que existe na UMMF sobre o RN prematuro;</li> <li>Promoção de esclarecimento à mulher/família sobre as dinâmicas da UCIN.</li> </ul>	<p><u>Materiais:</u> Bases de dados informatizadas; Materiais informáticos necessários para realização de formação em serviço (computador, projetor).</p> <p><u>Humanos:</u> Orientador, Enfª Chefe da UMMF, Enfª Chefe da UCIN e equipa de enfermagem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adquirir e aprofundar conhecimentos suportados em evidência científica atual, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados centrados na família nas UCINs.</li> <li>Preparar a mulher/família para a parentalidade prematura, possibilitando expectativas realistas.</li> <li>Promover a interação precoce entre os pais e o RN prematuro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nível de participação da mulher/família nas entrevistas;</li> <li>Avaliação das sessões, utilizando questionário da Área de Gestão e Formação do Centro Hospitalar de Lisboa Central.</li> </ul>

12

## Calendário do estudo, recursos requeridos para a sua realização

### Cronograma

Data	2017		2018									
	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	
<b>Atividades</b>												
Escolher o tema.	X											
Realizar pesquisa bibliográfica sobre o tema.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaborar da Proposta do Trabalho de Projeto.	X											
Reunir com o Orientador.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunir com a Enfª Chefe da UMMF e com a da UCIN.	X	X						X				
Apresentar o projeto à equipa de enfermagem.								X				
Avaliar as necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a parentalidade prematura.								X				
Realizar ações de formação em serviço, de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem identificadas.									X	X		
Elaborar de protocolo de atuação sobre a preparação pré-natal para a parentalidade prematura.									X	X		
Realizar formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o protocolo de atuação.										X		
Identificar as reais necessidades da mulher/família perante o nascimento prematuro.								X				
Realizar sessões de preparação para a parentalidade prematura, de acordo com as necessidades da mulher/família.								X	X			
Reformular o Álbum Seriado da UMMF sobre o RN prematuro.										X		
Elaborar em parceria o Guia de acolhimento da UCIN.								X	X			
Elaboração do relatório final do Trabalho de Projeto.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Divulgação dos resultados.												X

13

## Estudos prévios em que se baseia este projeto

- Alberta, I. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II NICUs.
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. Canavarro, *A Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.297-315). Coimbra: Quarteto Editores.
- Benzies, K. M., Shah, V., Aziz, K., Isaranuwachai, W., Palacio-Derflinger, L., Scotland, J., ... Lodha, A. (2017). Family Integrated Care (FICare) in Level II Neonatal Intensive Care Units: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 467. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-2181-3>
- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, T. (2000). *Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento*. Lisboa: Terramar, 2000.
- Brazelton, T., Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar Editores.
- Camarheiro, A. P. F., Alves, C. A. das N., Ferreira, A. P. C., & Gomes, A. I. F. (2009). Interação mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Paediatrica*, 40(2), 53–57.

14

## Estudos prévios em que se baseia este projeto

- Cortesão, L. (1991). Projecto, interface de expectativa e de intervenção. In E. LEITE, M. MALPIQUE, M. SANTOS, *Trabalho de Projecto: 1. Aprender por projectos centrados em problemas* (pp.81-90). Porto: Edições Afrontamento.
- Finlayson, K., Dixon, A., Smith, C., Dykes, F., & Flacking, R. (2014). Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sexual & Reproductive Healthcare : Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 5(3), 119–24. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.003>
- Fortin, M. (2003) *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Ghandehari, H., & Glanc, P. (2017). *Chapter 44 - Cervical Ultrasound and Preterm Birth. Diagnostic Ultrasound, 2-Volume Set* (Fifth Edit). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40171-5.00044-4>
- Guillén, Ú., Suh, S., Munson, D., Posencheg, M., Truitt, E., Zupancic, J. A. F., ... Kirpalani, H. (2012). Development and pretesting of a decision-aid to use when counseling parents facing imminent extreme premature delivery. *Journal of Pediatrics*, 160(3), 382–387. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.08.070>

15

## Estudos prévios em que se baseia este projeto

- Hamilton, S. A., & Mullan, C. (2016). Management of preterm labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 26(1), 12–19. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2015.11.004>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Jiang, S., Warre, R., Qiu, X., O'Brien, K., & Lee, S. K. (2014). Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*, 90(11), 781–785. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.08.019>
- Jones, L., Woodhouse, D., & Rowe, J. (2007). Effective nurse parent communication: A study of parents' perceptions in the NICU environment. *Patient Education and Counseling*, 69(1–3), 206–212. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.08.014>
- Leininger, M. (1985). *Qualitative research methods in nursing*. New York: Grune & Stratton.
- Mazet, P. Stoleru, S. (2003). *Psicopatologia do lactente e da criança pequena*. Lisboa: Climepsi Editores.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Preterm labour and birth. *NICE Guideline*, 1–27.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento nº 123/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário Da República*, 2ª Série, 35, 8653–8656.

16

## Estudos prévios em que se baseia este projeto

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 351/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário Da República*, (2ª série-Nº 119), 16661–16665.
- Organização Mundial de Saúde (2017). *Preterm birth*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Oshiro, B. T., & Berns, S. D. (2011). Quality improvement opportunities to prevent preterm births. *Clinics in Perinatology*, 38(3), 565–578. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2011.06.010>
- Parahoo, K. (1997). *Nursing Research: Principles, Process and Issues*. London: MacMillan Press Ltd.
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park [etc.]: SAGE Publications.
- Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rundell, K., & Panchal, B. (2017). Preterm Labor: Prevention and Management. *American Family Physician*, 95(6), 366–372. Retrieved from <http://dx.doi.org/>
- Simhan, H. N., Berghella, V., & Iams, J. D. (2014). 40 - *Preterm Labor and Birth. Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine, 7<sup>th</sup> Edition* (Seventh Ed). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-1137-6.00040-4>
- Streubert, H., Carpenter, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Ruquoy, D. (1997) Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador. In L. Albarello, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais* (pp. 84-116). Lisboa: Gradiva.
- Tanganho, C., Tomé, T., Ferreira, L., Pires, A., & Trindade, F. (1997). Avaliação da Informação aos Pais do Recém-Nascido Pré Termo, 28(3), 97–100.

### **Apêndice 3 – Formação em Serviço: “As Unidades de Neonatologia”**

# AS UNIDADES DE NEONATOLOGIA



Docente: Maria da Luz Barros  
Discente: Ana Santana

[ana.paula.santana@chlc.min-saude.pt](mailto:ana.paula.santana@chlc.min-saude.pt)

05/06/2018



## AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

2

### S U M Á R I O

- Parentalidade Prematura
- RN Prematuro
- Evolução Histórica das UCIN
- Ambiente das UCIN
- O Cuidar da UCIN
- UCIN Da Maternidade Dr. Alfredo Da Costa



### AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

3

## O B J E T I V O

Uma das competências do Enfermeiro EESMO é promover, apoiar e facilitar a relação Pais-filho, desde a gravidez até aos primeiros dias de vida do recém-nascido prematuro, melhorando assim o suporte fornecido ao longo da vigilância pré-natal, nas situações de internamento hospitalar e ainda durante e após o nascimento.

#### **Objectivo Geral**

Contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do papel do enfermeiro no processo de cuidar do casal com probabilidade de ter um filho prematuro.



### AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

4

## PARENTALIDADE PREMATURA







### Parentalidade prematura

5

O facto de se tornar mãe e pai gera uma fase de transição no ciclo familiar, neste contexto, o jovem casal que planeia e deseja o nascimento de um filho, ambiciona a vinda de um filho perfeito.

Porém, a prematuridade acontece em algumas situações, dissolvendo as fantasias e os desejos do casal em relação ao recém-nascido, entrando o casal numa situação de *crise psicológica (...) com violação da expectativa (...) de um recém-nascido saudável* (TANGANHO et al, 1997, p.97).

Assim, o momento de transição para a parentalidade de um casal com um filho prematuro surge como um momento de crise (VAZ-SERRA, 1999) que exige um cuidar específico e personalizado face às necessidades da família/ recém-nascido.



### Parentalidade prematura

6

A vivência da prematuridade constitui-se como um desafio para os pais na medida em que há a dissolução de uma série de expectativas e desejos face ao nascimento de um recém-nascido prematuro.

Neste contexto, os enfermeiros têm o dever de conhecer, na sua singularidade, a família de quem cuidam, estando junto do casal, actuando em parceria de forma a responder eficazmente às necessidades da mesma, conferindo-lhes informações e conhecimentos de modo a facilitar o seu processo de transição para a parentalidade.



## Parentalidade prematura

7

- ❑ O nascimento prematuro engloba três aspectos:
  - ✓ os pais, que vivenciam uma situação de crise
  - ✓ o recém-nascido, que tem capacidades e características que diferem das do recém-nascido de termo e saudável
  - ✓ a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Nas UCIN ocorre “um começo de vida diferente para um número importante de bebês, maioritariamente bebês nascidos prematuramente”  
(BARROS, 2001, p.235).



## AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

8

## RN Prematuro





### RN Prematuro

9

- De acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, um RN prematuro é aquele que nasce antes de serem completadas as 37 semanas de gestação.
- A nível mundial, de acordo com a OMS, ocorrem cerca de **15 milhões** de partos prematuros.



### RN Prematuro

10

- É durante a gravidez, no ambiente intra-uterino, que o RN começa a desenvolver um conjunto de capacidades.
- Os RNs prematuros, ao transitarem da vida intra-uterina para a vida extra-uterina, encontram-se em nítida desvantagem, quando comparados com um RN de termo.
- Esse grau de desvantagem irá depender do grau de imaturidade do RN, dado que, de acordo com a idade gestacional, as suas características e competências irão ser diferentes.



### RN Prematuro

11

#### Marcos do Desenvolvimento Fetal

Idade Gestacional (semanas)	Peso (g)	Comprimento (cm)		Principais Características
		Cabeça - nádega	Céfalo-caudal	
22 semanas	460g	19 cm		O corpo fetal está coberto por lanugo
24 semanas	630g	21 cm	23cm	Pele enrugada e avermelhada; Formação de sangue aumenta na medula óssea e diminui no baço; Presença de canais e sacos alveolares; Concluída a proliferação de neurónios no córtex cerebral; Consegue ouvir; Testículos no anel inguinal em descida para o escroto
26 semanas	820g	23 cm		Tem as unhas formadas. Ausência de tecido adiposo
28 semanas	1000g a 1100g	25 cm	27cm	Corpo magro; menos enrugado e vermelho; Olhos parcialmente abertos.; camadas da retina completas e receptivas à luz; pupilas reactivas à luz; tem pestanas. Aparecem as fissuras cerebrais; ciclos de sono/vigília indefinidos; choro fraco; reflexo de sucção fraco; tônus muscular fraco; formação de lectina nas superfícies alveolares; ossificação do astrálogo.



### RN Prematuro

12

#### Marcos do Desenvolvimento Fetal

Idade Gestacional (semanas)	Peso (g)	Comprimento cabeça-nádega	Céfalo-caudal	Principais Características
30 semanas	1800g	27 cm	31	Aspecto mais arredondado, Pele rosada e lisa; Olhos abertos. Presença de cabelo no couro cabeludo; Consegue virar a cabeça; Ossificação das quartas falanges medianas; tem os primórdios dos dentes definitivos; tem sentido do paladar; consciente dos sons exteriores ao corpo da mãe
32 semanas	2100g	28 cm		Corpo com mais tecido adiposo. Testículos a descerem no canal inguinal
34 semanas	2300g	30 cm		As unhas atingem a ponta dos dedos.



### RN Prematuro

13

- Devido à sua imaturidade podem apresentar inúmeras alterações, que irão condicionar o seu estado de saúde e inevitavelmente influenciar o processo de vinculação.
- Estes RNs apresentam um vasto conjunto de potenciais problemas, podendo ser a vários níveis:
  - Função respiratória
  - Manutenção da temperatura corporal
  - Função do sistema nervoso central
  - Manutenção de uma nutrição adequada
  - Manutenção da função renal
  - Manutenção dos padrões hematológicos
  - Resistência a infeções



### RN Prematuro

14

- Das complicações mais frequentes:
  - Síndrome de dificuldade respiratória
  - Doenças associadas à oxigenoterapia (sendo as mais conhecidas a displasia broncopulmonar e a retinopatia da prematuridade)
  - Persistência do canal arterial
  - Enterocolite necrosante



## RN Prematuro

15

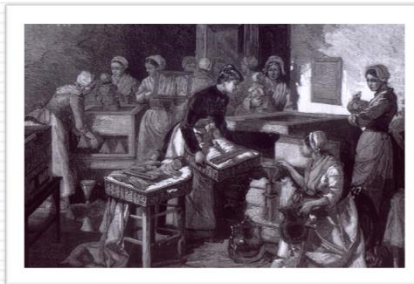
- De acordo com Brazelton e Cramer (2001), a capacidade de interação de um RN depende do seu estado de consciência
- Os RNs prematuros são, espontaneamente, menos alerta e mais difíceis para se manterem num estado de alerta, o que leva a que as mães interajam menos com eles.
- Apesar do estado de vigília ser considerado como muito importante para a aprendizagem, o limiar de tolerância do RN prematuro é baixo e qualquer estimulação pode ser excessiva, desenvolvendo sinais de fadiga.



## AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

16

## EVOLUÇÃO HISTÓRICA





## EVOLUÇÃO HISTÓRICA

17

Nas UCIN ocorre “um começo de vida diferente para um número importante de bebés, maioritariamente bebés nascidos prematuramente” (BARROS, 2001, p.235).

Em 1880 - Criação da primeira incubadora, por Tarnier Couveause.



Em 1893, foi criada a 1ª UCIN, por Pierre Budin na Maternidade de Paris.

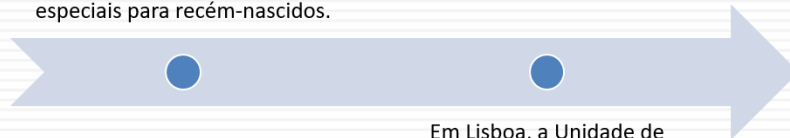


## EVOLUÇÃO HISTÓRICA

18

No princípio do século XX as unidades de cuidados especiais para prematuros foram estabelecidas em vários locais.

Em Portugal, foi criada em 1938, no Porto na Maternidade Júlio Dinis, a 1ª unidade de cuidados especiais para recém-nascidos.



Em Lisboa, a Unidade de Prematuros na Maternidade Dr. Alfredo da Costa, foi criada em 1957.



## EVOLUÇÃO HISTÓRICA

19

Com a criação e a difusão destas unidades a taxa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros aumentou, contudo, também aumentou a separação entre as mães e os bebés, dado que os pais eram proibidos de entrar nas unidades.



## EVOLUÇÃO HISTÓRICA

20

Com a criação e a difusão destas unidades a taxa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros aumentou, contudo, também aumentou a separação entre as mães e os bebés, dado que os pais eram proibidos de entrar nas unidades.







## EVOLUÇÃO HISTÓRICA

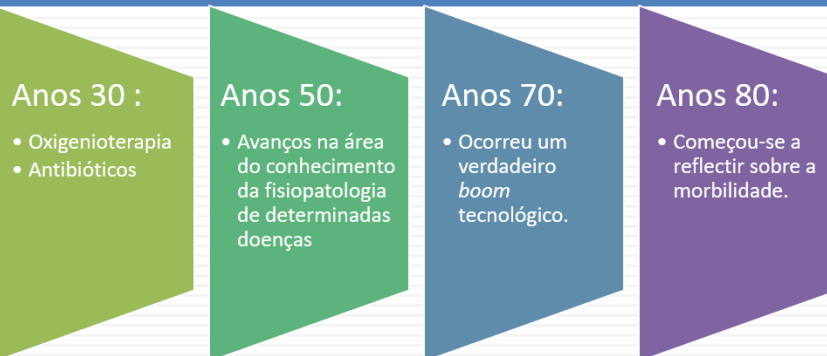
21

Com a criação e a difusão destas unidades a taxa de sobrevivência dos recém-nascidos prematuros aumentou, contudo, também aumentou a separação entre as mães e os bebés, dado que os pais eram proibidos de entrar nas unidades.



## EVOLUÇÃO HISTÓRICA

22



Só no começo dos anos 70 é que ocorreram importantes alterações na dinâmica dos cuidados ao RN, dado que pela 1ª vez, desde Budin, permitiu-se que as mães cuidassem do seu filho, quando este ainda estava na incubadora



## AMBIENTE DAS UCIN



### AMBIENTE DAS UCIN

Aquando do nascimento, o RN que necessita de ser internado numa UCIN, é exposto a um ambiente de alta tecnologia, que é exactamente o oposto do ambiente intra-uterino.



É fundamental que todos os profissionais de saúde que trabalham na UCIN tenham em conta que, hoje em dia, o importante não é só assegurar a sobrevivência dos RN aí internados, mas atingir esse objectivo em simultâneo com condições globais de bem-estar e de desenvolvimento, salvaguardando assim a qualidade de vida futura.



## AMBIENTE DAS UCIN

25

Ambiente da UCIN

Fonte de *stress* para o RN e para os próprios pais

Pode causar um impacto negativo no crescimento e desenvolvimento do RN e na interação que se estabelece entre pais e filho.

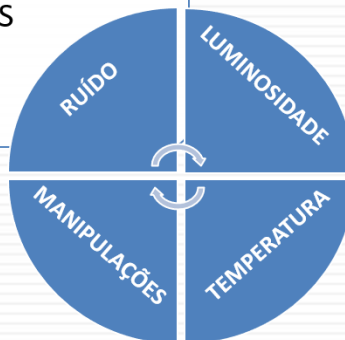
Identificação dos estímulos para tentar minimizar os seus efeitos *stressantes*



## AMBIENTE DAS UCIN

26

- FONTES DE STRESS





## AMBIENTE DAS UCIN

27

### RUÍDO

- ❑ O ideal seria que o nível de ruído fosse  $\leq 45$  dB
- ❑ Contudo, o nível de ruído excede com muita frequência os 90 dB
- ❑ Estes níveis de ruído e os sons elevados repentinos podem prejudicar a cóclea, provocando perda de audição, para além de interferirem no sono e repouso do RN
- ❑ Para tal os profissionais de saúde deverão conhecer e aplicar as medidas que minimizam o nível de ruído, evitando dessa forma os efeitos adversos.



## AMBIENTE DAS UCIN

28



### LUMINOSIDADE

- ❑ A exposição constante dos bebés à luz não permite que estes tenham noção do ciclo dia/noite e causa repercussões negativas a nível do seu sistema nervoso central.
- ❑ Os níveis médios de luz são de 60-90 pé-velas, podendo ascender aos 400 pé-velas.



## AMBIENTE DAS UCIN

29



- Introduzir focos de luz individuais e direccionáveis
- Reduzir as luzes por certos períodos ou cobrir as incubadoras totalmente para criar um ambiente escuro
- Cobrir parcialmente as incubadoras e os berços da luz directa

LUMINOSIDADE



## AMBIENTE DAS UCIN

30



- Introduzir focos de luz individuais e direccionáveis
- Reduzir as luzes por certos períodos ou cobrir as incubadoras totalmente para criar um ambiente escuro
- Cobrir parcialmente as incubadoras e os berços da luz directa

LUMINOSIDADE



## AMBIENTE DAS UCIN

31

### MANIPULAÇÕES



- A frequência com que um RN é manipulado pode variar entre os 100 e os 245 contactos por 24 horas.
- Tal número provoca alterações no padrão de sono, estando associado a maior incidência de hipoxémia, bradicardia, períodos de apneia e alterações do comportamento, e também leva a um aumento da produção de catecolaminas.
- Com o intuito de diminuir os efeitos provocados pelo excesso de manipulações a que os RNs estão sujeitos numa UCIN, podem aplicar-se algumas medidas.



## AMBIENTE DAS UCIN

32

### MANIPULAÇÕES



- As manipulações devem respeitar o estágio de consciência do RN.
- Estar atento aos sinais fisiológicos e comportamentais.
- Os RNs deveriam ser imobilizados e acariciados durante e depois dos procedimentos.
- Quando o RN está a vivenciar um momento de *stress* ou de agitação deve-se evitar qualquer tipo de estimulação.
- Utilizar a sucção não-nutritiva quando o RN está acordado ou durante os procedimentos dolorosos.



## AMBIENTE DAS UCIN

33

TEMPERATURA

- O RN internado na UCIN apresenta um maior risco de instabilidade térmica.
- O objectivo principal será permitir que o RN mantenha uma temperatura corporal estável, utilizando a mínima energia possível.
- Para tal há que criar um ambiente térmico neutro.
- São várias as intervenções e medidas que se podem aplicar para evitar a instabilidade térmica e as suas consequências.



## AMBIENTE DAS UCIN

34

TEMPERATURA



- Manter o RN numa incubadora aquecida
- Aquecer os estetoscópios antes de examinar o RN e lavar as mãos com água tépida antes de lhe tocar.
- Pré-aquecer a roupa
- Evitar a abertura frequente das miras das incubadoras
- Banho parcial



## CUIDAR NA UCIN



- Uma das potencialidades do cuidar é a promoção da relação pais-recém-nascido

○ enfermeiro ocupa aqui um lugar primordial na equipa de saúde







## CUIDAR NA UCIN

37

Modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento:



Fonte: (COSTA et al, 2001, p.20)

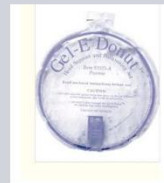
- Consistência na prestação de cuidados
- Estruturação das 24 horas
- Espaçamento da prestação de cuidados
- Apoio durante as fases de transição
- Posicionamento apropriado
- Apoio individualizado da alimentação
- Oportunidades para o contacto corporal
- Colaboração nos cuidados
- Ambiente calmo e sossegado
- Conforto da família



## CUIDAR NA UCIN

38

### POSICIONAMENTO





## CUIDAR NA UCIN

39

Modelo de cuidados centrados na família e no apoio ao desenvolvimento:



- Consistência na prestação de cuidados
- Estruturação das 24 horas
- Espaçamento da prestação de cuidados
- Apoio durante as fases de transição
- Posicionamento apropriado
- Apoio individualizado da alimentação
- Oportunidades para o contacto corporal
- Colaboração nos cuidados
- Ambiente calmo e sossegado
- Conforto da família



## AMBIENTE DAS UCIN

40

Para promover o estabelecimento de uma relação precoce entre os pais e o RN podem ser sugeridas algumas intervenções de enfermagem





## AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

41

## UCIN DA MAC



aternidade

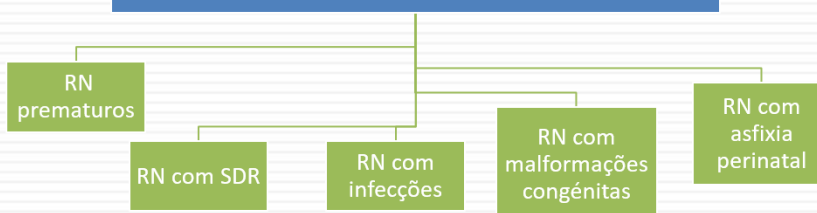


## A UCIN DA MAC

42

Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado no âmbito da Rede de Referência Materno-Infantil.  
Tem como missão garantir a saúde global da mulher, a segurança na gravidez e no parto e competente acolhimento do recém-nascido para a vida.

A UCIN tem 13 vagas:





## A UCIN DA MAC

43

### O enfermeiro na UCIN

- Recepção do RN no bloco operatório/bloco de partos e transporte do mesmo
- Acolhimento da criança/família no serviço
- Colheita de dados da história pré-natal e do RN
- Prestação de cuidados globais ao RN
- Promover a relação precoce entre os pais e o RN
- Realização de preparação para o regresso a casa/transferência de serviço



## CUIDAR NA UCIN

44

### CUIDADOS GLOBAIS AO RN

- Cuidados de higiene e conforto e o seu posicionamento;
- Monitorização cardiorespiratória e avaliação de sinais vitais;
- Preparação e administração de terapêutica, sangue e derivados;
- Preparação da alimentação entérica;
- Promoção do aleitamento materno
- Cuidados relativos à ventilação
- Punção de via periférica
- Colheita de espécimes para análise
- Preparação do RN para a realização de fototerapia contínua;
- Realização de balanço hídrico, avaliação da diurese e algaliação;
- Realização de pensos operatórios ou outros;
- Colaboração na realização de vários procedimentos e EAD



## O enfermeiro na UCIN

- Recepção do RN no bloco operatório/bloco de partos e transporte do mesmo
- Acolhimento da criança/família no serviço
- Colheita de dados da história pré-natal e do RN
- Prestação de cuidados globais ao RN
- Promover a relação precoce entre os pais e o RN
- Realização de preparação para o regresso a casa/transferência de serviço



- ALS, Heidelise; GILKERSON, Linda - Apoio na Área de Desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0301-147X. vol.28, nº2 (1997), pp. 165-172.
- BARROS, Luísa – A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001a. ISBN 972-8535-77-5. pp.297-315.
- BARROS, Luísa – O Bebê Nascido em Situação de Risco. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001b. ISBN 972-8535-77-5. pp.235-252.
- BEAL, Judy A. – *A Nurse Practitioner Model of Practice in the Neonatal Intensive Care Unit*. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**. Nova York. ISSN 0361-929X. vol.25 nº1 (2000), pp.18-24.
- BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra Leonard; JENSEN, Margaret Duncan – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª edição. Loures: Lusociência, 1999. 1017p. ISBN 972-8383-09-6.
- BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. - **A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce**. 3ª edição. Lisboa: Terramar Editores, 2001. 268p. ISBN 972-710-083-5.
- BRAZELTON, T. Berry – **Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar, 2000. 274p. ISBN 972-710-056-2.
- BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley I. – **A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem**. 3ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2003. 271p. ISBN 972-23-2923-5.
- BYERS, Jacqueline Fowler – *Components of Developmental Care and the Evidence for Their Use in the NICU*. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**. Nova York. ISSN 0361-929X. vol.28 nº3 (2003), pp.174-180.
- CARVALHO, Carmen; COUTINHO, Miguel B. - O ambiente em cuidados intensivos: Repercussões nos doentes e nos profissionais. **Nascer e Crescer**. Maia. ISSN 4475-839. vol.8, nº4 (1999), pp.260-261.



## AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

47

### B I B L I O G R A F I A

- CRAMER, Bertrand – As relações mãe-filho - prioridades para o bebé XXI. In GOMES-PEDRO, João (coord.) - **BEBÉ XXI: criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN 972-31-0664-7. pp.27-32.
- DAVIS, Leigh; MOHAY, Heather; EDWARDS, Helen – *Mothers' involvement in caring of their premature infants: an historical overview. Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2401. vol.42, nº6 (2003), pp.578-586.
- FIGUEIREDO, Bárbara - **Mães e bebés**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. 179p. ISBN 972-31-0920-4.
- HIRATA, Toshiko [et al] – *Prematurity*. In JAKSON, Patrícia Ludder; VESSEY, Judith A. - **Primary Care of the Child with a Chronic Condition**. S. Louis [etc]: Mosby, 2000. ISBN 0-323-00883-6. pp.732-753.
- JOHNSON, Amy Nagorski – *Neonatal response to Control of Noise Inside the Incubator. Pediatric Nursing*. Pitman. ISSN 00977-9805. vol.27, nº6 (2001), pp. 600-605.
- KLAUS, Marshall; KENNEL, John – Assistência aos Pais. In KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, Avray A. – **Alto Risco em Neonatologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1982. ISBN 85-201-0129-1. pp.141-164.
- KENNER, Carole – **Enfermagem Neonatal**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001. 375p. ISBN 85-87148-43-5.
- LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. – **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª edição. São Paulo: Artmed Editora, 2002. 928p. ISBN 85-7307-787-5.
- MAZET, Philippe; STOLERU, Serge – **Psicopatologia do lactente e da criança pequena**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 378p. ISBN 972-8449-85-2.
- MENDES, Eliane Norma Wagner – Cuidados de enfermagem em terapia intensiva neonatal. In MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renatos – **Neonatologia: Princípios e Prática**. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN 85-7307-242-3. pp.76-80.



## AS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

48

### B I B L I O G R A F I A

- PIMENTEL, Júlia van Zeller de Serpa – **Um Bebê Diferente: Da Individualidade da Interação à Especificidade da Intervenção**. 2ª edição. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 1999. 498 p. ISBN 972-9301-27-1.
- RITCHIE, Susan K – *Primary Care of the Premature Infant Discharged from the Neonatal Intensive Care Unit. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. Nova York. ISSN 0361-929X. vol.27, nº2 (2002), pp.76-85. .
- SEABRA-SANTOS, Maria João – Conhecer as Competências do Recém-Nascido. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001. ISBN 972-8535-77-5. pp.133-155.
- SOARES, Isabel – Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001. ISBN 972-8535-77-5. pp.75-104.
- TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002. 205p. ISBN 85-277-0730-6.
- WARD, Kelley – *Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Pediatric Nursing*. Pitman. ISSN 00977-9805. vol.27, nº3 (2001), pp. 281-285.
- WOLKE, Dieter – Um ambiente estimulante para os bebés na unidade de cuidados intensivos. In GOMES-PEDRO, João (coord.) - **BEBÉ XXI: criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN 972-31-0664-7. pp.251-269.
- WONG, Donna L. – **Enfermagem Pediátrica**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0. pp.157-249.
- YOUNG, Gina Lawson; HOLDITCH-DAVIS, Diane – *Nursing Care of High-Risk Neonate*. In MOOT, Sandra R.; JAMES, Susan Rower; SPERHAC, Arlene M. – **Nursing Care of the Children and Families**. 2nd edition. New York [etc]: Addison-Wesley Nursing, 1990. ISBN 0-201-12923-X. pp.1844-1907.

**Apêndice 4 – Formação em Serviço: “Preparação para a Parentalidade Prematura – Protocolo de Atuação”**

## Preparação para o nascimento prematuro – Protocolo de Atuação –



Docente: Maria da Luz Barros  
Discente: Ana Santana

ana.paula.santana@chlc.min-saude.pt

26 / 06 / 2018



### Preparação para o nascimento prematuro



2

## S U M Á R I O

- PROTOCOLO DE ATUAÇÃO
  1. Documento de Referência e Objetivo
  2. Âmbito de aplicação
  3. Descrição
    - 3.1 Considerações Gerais
    - 3.2 Operacionalização





## Preparação para o nascimento prematuro



3

### Documento de Referência

Procedimento Setorial da Área de Obstetrícia e Ginecologia ADD.1041 – Acolhimento da grávida, puerpera e RN nas unidades de obstetrícia

### Objetivo Geral:

Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados às grávidas internadas na Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF), nas situações em que pode ocorrer um parto prematuro.

### Âmbito de Aplicação:

Todos os enfermeiros da UMMF.



## Preparação para o nascimento prematuro



4

### DESCRIÇÃO

#### Considerações Gerais

- ✓ A nível mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, ocorrem cerca de 15 milhões de partos prematuros por ano.
- ✓ Na Unidade de Neonatologia da MAC, têm nascido por ano, 150 a 160 nados-vivos com menos de 32 semanas de gestação, cerca de 16% do total nacional.
- ✓ Por outro lado, também está descrito na literatura que o nascimento de um filho prematuro representa uma crise emocional para os pais, que exige um cuidar de enfermagem específico e personalizado face às necessidades de cada família.



## Preparação para o nascimento prematuro



5

### DESCRIÇÃO

#### Operacionalização

Neste âmbito passa a instituir-se que será disponibilizado a todas as grávidas internadas, com possibilidade de ter um parto prematuro, a analisar de forma individual, tendo em consideração a idade gestacional e o motivo de internamento (por exemplo: APPT, RPPM, RCF, gravidez gemelar...):

- ✓ O Álbum Seriado sobre o RN prematuro.
- ✓ Sessões de educação para a saúde no âmbito da promoção do aleitamento materno (IT própria), reforçando a técnica de extração e conservação do leite materno.



## Preparação para o nascimento prematuro



6

### DESCRIÇÃO

#### Operacionalização

- ✓ A visita à Unidade de Neonatologia na Mac, tendo em consideração os seguintes aspetos:
  - Estabilidade clínica da grávida.
  - Possibilidade do futuro pai do RN também poderá realizar/acompanhar a visita.
  - Agendamento antecipado com o enfermeiro responsável de equipa da Unidade de Neonatologia (unidade de intensivos e intermédios) o horário da visita, identificando-se o enfermeiro que irá proceder à apresentação da Unidade (este agendamento deve ser preferencialmente feito no turno da tarde, face à disponibilidade das equipas).
  - O enfermeiro da UMMF acompanha a grávida/família durante toda a visita, realizando o seu transporte de acordo com o Procedimento Multissetorial SDO.113 – Segurança do doente durante o transporte /deslocação.



## Preparação para o nascimento prematuro



7

### DESCRIÇÃO

#### Operacionalização

Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem associados a estas intervenções de enfermagem, o enfermeiro é responsável por:

- ✓ Integrar no processo de enfermagem, disponível no programa Sclenic o foco: Papel Parental. Conforme o Procedimento Multissetorial GIN.116 – Documentação dos cuidados de enfermagem no processo clínico



## PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PREMATURO

8

### B I B L I O G R A F I A

- ALS, Heidelise; GILKERSON, Linda - Apoio na Área de Desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. ISSN 0301-147X. vol.28, nº2 (1997), pp. 165-172.
- BARROS, Luísa – A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001a. ISBN 972-8535-77-5. pp.297-315.
- BARROS, Luísa – O Bebê Nascido em Situação de Risco. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001b. ISBN 972-8535-77-5. pp.235-252.
- BEAL, Judy A. – *A Nurse Practitioner Model of Practice in the Neonatal Intensive Care Unit*. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**. Nova York. ISSN 0361-929X. vol.25 nº1 (2000), pp.18-24.
- BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK, Deitra Leonard; JENSEN, Margaret Duncan – **Enfermagem na Maternidade**. 4ª edição. Loures: Lusociência, 1999. 1017p. ISBN 972-8383-09-6.
- BRAZELTON, T. Berry; CRAMER, Bertrand G. - **A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce**. 3ª edição. Lisboa: Terramar Editores, 2001. 268p. ISBN 972-710-083-5.
- BRAZELTON, T. Berry – **Tornar-se família: o crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar, 2000. 274p. ISBN 972-710-056-2.
- BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley I. – **A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem**. 3ª edição. Lisboa: Editorial Presença, 2003. 271p. ISBN 972-23-2923-5.
- BYERS, Jacqueline Fowler – *Components of Developmental Care and the Evidence for Their Use in the NICU*. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**. Nova York. ISSN 0361-929X. vol.28 nº3 (2003), pp.174-180.
- CARVALHO, Carmen; COUTINHO, Miguel B. - O ambiente em cuidados intensivos: Repercussões nos doentes e nos profissionais. **Nascer e Crescer**. Maia. ISSN 4475-839. vol.8, nº4 (1999), pp.260-261.



## PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PREMATURO

9

### B I B L I O G R A F I A

- CRAMER, Bertrand – As relações mãe-filho - prioridades para o bebé XXI. In GOMES-PEDRO, João (coord.) - **BEBÉ XXI: criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN 972-31-0664-7. pp.27-32.
- DAVIS, Leigh; MOHAY, Heather; EDWARDS, Helen – *Mothers' involvement in caring of their premature infants: an historical overview. Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2401. vol.42, nº6 (2003), pp.578-586.
- FIGUEIREDO, Bárbara - **Mães e bebês**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001. 179p. ISBN 972-31-0920-4.
- HIRATA, Toshiko [et al] – *Prematurity*. In JAKSON, Patrícia Ludder; VESSEY, Judith A. - **Primary Care of the Child with a Chronic Condition**. S. Louis [etc]: Mosby, 2000. ISBN 0-323-00883-6. pp.732-753.
- JOHNSON, Amy Nagorski – *Neonatal response to Control of Noise Inside the Incubator. Pediatric Nursing*. Pitman. ISSN 00977-9805. vol.27, nº6 (2001), pp. 600-605.
- KLAUS, Marshall; KENNEL, John – Assistência aos Pais. In KLAUS, Marshall H.; FANAROFF, Avray A. – **Alto Risco em Neonatologia**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Interamericana, 1982. ISBN 85-201-0129-1. pp.141-164.
- KENNER, Carole – **Enfermagem Neonatal**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001. 375p. ISBN 85-87148-43-5.
- LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M. – **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5ª edição. São Paulo: Artmed Editora, 2002. 928p. ISBN 85-7307-787-5.
- MAZET, Philippe; STOLERU, Serge – **Psicopatologia do lactente e da criança pequena**. Lisboa: Climepsi Editores, 2003. 378p. ISBN 972-8449-85-2.
- MENDES, Eliane Norma Wagner – Cuidados de enfermagem em terapia intensiva neonatal. In MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato – **Neonatologia: Princípios e Prática**. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN 85-7307-242-3. pp.76-80.




## PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO PREMATURO

10

### B I B L I O G R A F I A

- PIMENTEL, Júlia van Zeller de Serpa – **Um Bebê Diferente: Da Individualidade da Interação à Especificidade da Intervenção**. 2ª edição. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 1999. 498 p. ISBN 972-9301-27-1.
- Procedimento Setorial da Área de Obstetrícia e Ginecologia ADD.1041 – Acolhimento da grávida, puérpera e RN nas unidades de obstetrícia.
- RITCHIE, Susan K – *Primary Care of the Premature Infant Discharged from the Neonatal Intensive Care Unit. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. Nova York. ISSN 0361-929X. vol.27, nº2 (2002), pp.76-85. .
- SEABRA-SANTOS, Maria João – Conhecer as Competências do Recém-Nascido. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001. ISBN 972-8535-77-5. pp.133-155.
- SOARES, Isabel – Vinculação e Cuidados Maternos: segurança, proteção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. In CANAVARRO, Maria Teresa (coord.) – **A Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra: Quarteto Editores, 2001. ISBN 972-8535-77-5. pp.75-104.
- TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2002. 205p. ISBN 85-277-0730-6.
- WARD, Kelley – *Perceived Needs of Parents of Critically Ill Infants in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Pediatric Nursing*. Pitman. ISSN 00977-9805. vol.27, nº3 (2001), pp. 281-285.
- WOLKE, Dieter – Um ambiente estimulante para os bebês na unidade de cuidados intensivos. In GOMES-PEDRO, João (coord.) - **BEBÉ XXI: criança e família na viragem do século**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1995. ISBN 972-31-0664-7. pp.251-269.
- WONG, Donna L. – **Enfermagem Pediátrica**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999. ISBN 85-277-0506-0. pp.157-249.
- YOUNG, Gina Lawson; HOLDITCH-DAVIS, Diane – *Nursing Care of High-Risk Neonate*. In MOOT, Sandra R.; JAMES, Susan Rower; SPERHAC, Arlene M. – **Nursing Care of the Children and Families**. 2nd edition. New York [etc]: Addison-Wesley Nursing, 1990. ISBN 0-201-12923-X. pp.1844-1907.

**Apêndice 5 – Instrução de Trabalho: “Protocolo de Atuação – Preparação  
para a Parentalidade Prematura”**

 <p>CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL</p>	<b>Área de Obstetrícia e Ginecologia</b> <b>Unidade de Medicina Materno-Fetal</b>
	<b>Protocolo de Atuação – Preparação para a parentalidade prematura</b>
	IT. (COD DO DOC DE REF).

## 1 – DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E OBJECTIVO

**Referência:** Procedimento Setorial da Área de Obstetrícia e Ginecologia ADD.1041 – Acolhimento da grávida, puérpera e RN nas unidades de obstetrícia

**Objectivo:** Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados às grávidas internadas na Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF), nas situações em que pode ocorrer um parto prematuro.

## 2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros da UMMF.


## 3 – DESCRIÇÃO

### 3.1 Considerações Gerais

A nível mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, ocorrem cerca de 15 milhões de partos prematuros (com idade gestacional inferior a 37 semanas) por ano. Na Unidade de Neonatologia da MAC, têm nascido por ano, 150 a 160 nados-vivos com menos de 32 semanas de gestação, cerca de 16% do total nacional. Por outro lado, também está descrito na literatura que o nascimento de um filho prematuro representa uma crise emocional para os pais, que exige um cuidar de enfermagem específico e personalizado face às necessidades de cada família.

Tendo em conta estes dados, é fundamental que a equipa de enfermagem da UMMF, ao cuidar da mulher/família com possibilidade de ter um parto prematuro, os prepare para a transição para a parentalidade.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	_/_/_	Enf. Ana Santana		2

 CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE LISBOA CENTRAL	<b>Área de Obstetrícia e Ginecologia</b> <b>Unidade de Medicina Materno-Fetal</b>
	<b>Protocolo de Atuação – Preparação para a parentalidade prematura</b>
	IT. (COD DO DOC DE REF).

### 3.2 Operacionalização

Neste âmbito passa a instituir-se que será disponibilizado a todas as grávidas internadas, com possibilidade de ter um parto prematuro, a analisar de forma individual, tendo em consideração a idade gestacional e o motivo de internamento (por exemplo: APPT, RPPM, RCF, gravidez gemelar ...):

- O Álbum Seriado sobre o RN prematuro.
- Sessões de educação para a saúde no âmbito da promoção do aleitamento materno (IT própria), reforçando a técnica de extração e conservação do leite materno.
- A visita à Unidade de Neonatologia na Mac, tendo em consideração os seguintes aspetos:
  - ✓ Estabilidade clínica da grávida.
  - ✓ Possibilidade do futuro pai do RN também poderá realizar/acompanhar a visita.
  - ✓ Agendamento antecipado com o enfermeiro responsável de equipa da Unidade de Neonatologia (unidade de intensivos e intermédios) o horário da visita, identificando-se o enfermeiro que irá proceder à apresentação da Unidade (este agendamento deve ser preferencialmente feito no turno da tarde, face à disponibilidade das equipas).
  - ✓ O enfermeiro da UMMF acompanha a grávida/família durante toda a visita, realizando o seu transporte de acordo com o Procedimento Multissetorial SDO.113 – Segurança do doente durante o transporte/deslocação.

Relativamente à documentação dos cuidados de enfermagem associados a estas intervenções de enfermagem, o enfermeiro é responsável por integrar no processo de enfermagem, disponível no programa Sclinic o foco: Papel Parental. Conforme o Procedimento Multissetorial GIN.116 – Documentação dos cuidados de enfermagem no processo clínico.

APROVAÇÃO		ELABORAÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
	_/_/_	Enf. Ana Santana		2

## **Apêndice 6 – Álbum Seriado do Bebê Prematuro**





CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

# O Bebé Prematuro



Elaborado por Elsa Roça em 2012, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Reformulado por Ana Santana em 2020, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A nível mundial, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, ocorrem cerca de **15 milhões** de partos prematuros (com idade gestacional inferior a 37 semanas) por ano.



Fonte da imagem:  
[www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)

## Classificação dos Bebés Prematuros

Os bebés que nascem antes das 37 semanas de gravidez designam-se prematuros. Atendendo à idade gestacional classificam-se em:

- **Moderadamente Prematuro** – nascido entre as 35 e as 37 semanas;
- **Muito prematuro** – nascido entre as 29 e as 34 semanas;
- **Extremamente Prematuro** – nascido com idade inferior ou igual a 28 semanas.



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## O Bebé Prematuro

Bebé de Termo



Bebé Prematuro



## Marcos no Desenvolvimento Fetal

### Bebés Extremamente Prematuros

Idade Gestacional (semanas)	Peso (g)	Comprimento (cm)		Principais Características
		Cabeça - nádega	Céfalo-caudal	
22 semanas	460g	19 cm		O corpo fetal está coberto por lanugo
24 semanas	630g	21 cm	23cm	Pele enrugada e avermelhada; Formação de sangue aumenta na medula óssea e diminui no baço; Presença de canais e sacos alveolares; Concluída a proliferação de neurónios no córtex cerebral; Consegue ouvir; Testículos no anel inguinal em descida para o escroto
26 semanas	820g	23 cm		Tem as unhas formadas. Ausência de tecido adiposo
28 semanas	1000g a 1100g	25 cm	27cm	Corpo magro; menos enrugado e vermelho; Olhos parcialmente abertos.; camadas da retina completas e receptivas à luz; pupilas reactivas à luz; tem pestanas. Aparecem as fissuras cerebrais; ciclos de sono/vigília indefinidos; choro fraco; reflexo de sucção fraco; tônus muscular fraco; formação de lectina nas superfícies alveolares; ossificação do astrálogo.

Fonte: Williams Obstetrics (2007)  
Lowdermilk; Perry (2008)

## Marcos no Desenvolvimento Fetal

### Bebés Muito Prematuros

Idade Gestacional (semanas)	Peso (g)	Comprimento cabeça-nádega	Céfalo-caudal	Principais Características
30 semanas	1800g	27 cm	31	Aspecto mais arredondado, Pele rosada e lisa; Olhos abertos. Presença de cabelo no couro cabeludo; Consegue virar a cabeça; Ossificação das quartas falanges medianas; tem os primórdios dos dentes definitivos; tem sentido do paladar; consciente dos sons exteriores ao corpo da mãe
32 semanas	2100g	28 cm		Corpo com mais tecido adiposo. Testículos a descerem no canal inguinal
34 semanas	2300g	30 cm		As unhas atingem a ponta dos dedos.

Fonte: Williams Obstetrics (2007)  
Lowdermilk; Perry (2008)

## Complicações mais frequentes associadas à Prematuridade

- O recém-nascido prematuro devido à grande imaturidade dos seus sistemas orgânicos necessita frequentemente de assistência neonatal diferenciada para se adaptar à vida extra-uterina. Dos potenciais problemas imediatos do bebé prematuro, os mais frequentes são:
- Síndrome de dificuldade Respiratória;
- Persistência do canal arterial;
- Hipotensão;
- Dificuldade na regulação da temperatura, com conseqüente hipotermia;
- Hipoglicémia/ hiperglicémia;
- Fragilidade capilar;
- Imaturidade do Sistema Imunitário e maior incidência de infecções;



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## O Local do Parto



Fonte: MAC – Bloco Operatório de Obstetria



Fonte: MAC – Serviço de Urgência – Sala de Partos



## O Parto Pré-termo

Parto Vaginal



Cesariana



Fonte: MAC – Bloco Operatório de Obstetria

## O Parto Pré-termo

No parto prematuro está presente uma equipa constituída por: obstetra, anestesista, pediatra e enfermeiro/a



Fonte: MAC – Bloco Operatório de Obstetrícia

A presença do acompanhante no momento do parto pode não se efetivar, quando em situações clínicas graves for desaconselhável e expressamente determinado pelo médico obstetra.

## Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

Sala de Incubadoras



Sala de Berços



Fonte: MAC- Unidade de Neonatologia

## Equipamentos da Unidade de Neonatologia

São vários os equipamentos que emitem ruído e alarmes: ventiladores, monitores cardíacos e respiratórios, seringas e bombas infusoras. Os médicos e enfermeiros do serviço explicam-lhes a função de cada um.



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Respiração Assistida

**Bebé com CPAP**



**Bebé com ventilação mecânica**



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Alimentar o Bebé Prematuro



O leite materno é o **alimento ideal** para todos os bebés, especialmente para os bebés prematuros.

Logo após o parto (nas primeiras 6 horas), é benéfico iniciar-se a extração do leite da mãe.



Fonte: MAC- Unidade de Neonatologia

Em muitas situações, o bebé prematuro inicia a alimentação por sonda gástrica, passando depois para treino na mama ou copo.



## Alimentar o Bebé Prematuro

O 1º Banco de Leite Humano em Portugal, foi criado em 2009 na Maternidade Dr. Alfredo da Costa.

Dar aos bebé prematuros leite humano, aumenta as suas hipóteses de sobrevivência, evitando graves infeções intestinais e do sangue, e favorece uma melhor nutrição e desenvolvimento a longo prazo.

Por vezes, as próprias mães não os podem alimentar, porque estão também doentes ou porque o stress que vivem as impede de produzir leite suficiente.

Os bebés prematuros, poderão receber leite de dadoras desde que prescrito por médicos neonatologistas e com o consentimento informado dos pais.



Fonte: Banco de Leite

## Vinculação Pais/Bebé Prematuro



O método canguru é cada vez mais utilizado. O contacto pele a pele tem benefícios comprovados nos bebés prematuros e nos pais que o utilizam.



Fonte: MAC – Unidade de Neonatologia

## Vinculação Pais/Bebé Prematuro



Falar com o bebê, olhá-lo nos olhos e tocá-lo suavemente, acalma-o e reforça a ligação entre os pais e o recém-nascido.



Fonte: MAC- Unidade de Neonatologia

## Vinculação Pais/Bebé Prematuro



O toque carinhoso e o toque de conforto são benéficos para o desenvolvimento do bebé e ajudam a reforçar os laços afectivos com os pais.



Fonte: MAC- Unidade de Neonatologia

## Os Pais na Unidade de Neonatologia



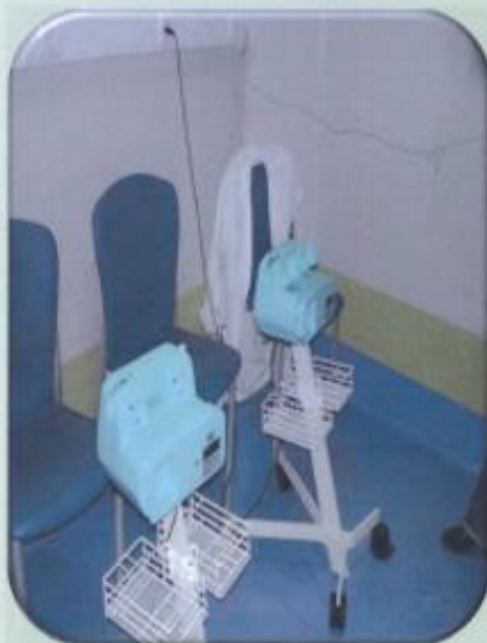
Os pais podem acompanhar e cuidar dos seus bebés. A equipa de enfermagem está sempre presente para os ensinar, apoiar e esclarecer dúvidas.



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Espaços para os Pais

A Unidade de Neonatologia dispõe de um espaço exclusivo para a extração de leite materno e de uma sala de repouso para os pais. Nesta sala (imagem à direita) têm lugar várias sessões de educação para a saúde ministradas pela equipa multidisciplinar.



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Licença Parental

Particularidades da Licença Parental importantes para os pais de bebés prematuros:

### **Acréscimo à licença parental inicial por prematuridade**

Nas situações em que o parto ocorra até às 33 semanas de gestação inclusive, aos períodos de licença de 120, 150 dias, ou nos casos de acréscimo de 30 dias por licença partilhada (120 + 30 ou 150 + 30) assim como, nas situações em que haja acréscimo de 30 dias por nascimentos múltiplos, acresce todo o período de internamento da criança, bem como 30 dias após alta hospitalar.

Após as 33 semanas de gestação:

### **Acréscimo à licença parental inicial por internamento da criança**

No caso de internamento hospitalar da criança imediatamente após o período recomendado de internamento pós-parto, aos períodos de licença parental escolhidos pelos progenitores, acresce o período de internamento, com o limite máximo de 30 dias.

Fonte: Guia prático subsídio parental do Instituto da Segurança Social, 2020



Fonte: <http://www.xxs-prematuros.com/>

## Não Esquecer!

É imprescindível uma lavagem correcta e frequente das mãos, sempre que entra na Unidade de Neonatologia e antes de tocar no seu bebé, para prevenir infecções e proteger a saúde de todos.



Fonte: MAC – Unidade de Neonatologia



## Prematuros Famosos



Albert Einstein (1879-1955)



Charles Darwin, (1809 -1882)



Isaac Newton (1643-1727)



Mark Twain (1835 – 1910)



Napoleon Bonaparte  
(1769 – 1821)



Renoir (1841- 1919)



Pablo Picasso (1881- 1973)

Fonte: <http://www.serprematuro.com/>

## Prematuros Famosos

Churchill (1874-1965)



Victor Hugo (1802-1885)



Voltaire (1694-1778)



Anna Pavlova (1881-1931)



Franklin Roosevelt (1882-1945)



Faye Dunaway (1941)



Fonte: <http://www.serprematuro.com/>

## Associações e Links Importantes

- Associação XXS:

Associação Portuguesa de Apoio ao Bebê Prematuro

<http://xzs-prematuros.com/xzs.htm>

<http://www.xzs-prematuros.com/prematuro.htm>

Tlm: 917837102

- Banco do Bebê

<http://www.bancodobebe.org>

- Associação de Apoio ao Bebê prematuro do Reino Unido:

Bliss -For babies born too soon, too small, too sick

<http://www.bliss.org.uk/page.asp?section=770&sectionTitle=Portuguese+version>

- Sociedade Portuguesa de Pediatria – Secção de Neonatologia

[http://www.serprematuro.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28&Itemid=34](http://www.serprematuro.com/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=34)



Fonte: MAC - Unidade de Neonatologia

## Dias Importantes



Fonte: <http://www.xxs-prematuros.com/>

## **Apêndice 7 – Guião das Entrevistas**

## **Guião da Entrevista realizada à População A – enfermeiros da UMMF**

- Questão: Quais as suas necessidades de formação, no âmbito da preparação para a parentalidade em situações de nascimento prematuro?
- 

## **Guião da Entrevista realizada à População B – grávidas internadas na UMMF com risco de parto prematuro**

- Questão 1: Durante o internamento já lhe foi transmitida informação sobre a possibilidade de vir a ter um filho prematuro?
- Questão 2: Que tipo de informações gostaria sobre o nascimento/parentalidade prematura seriam importantes para si?

## **Apêndice 8 – Consentimento Informado**

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO  
de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>17</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>18</sup>**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** O nascimento prematuro: contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na preparação pré-natal e na transição para a parentalidade.

**Enquadramento:** Este estudo é desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora e será realizado no Centro Hospitalar de Lisboa Central.

**Explicação do estudo:** Com este estudo pretende-se contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento. A recolha de dados será realizada com recurso à entrevista, que será gravada e que a informação colhida é para utilizar única e exclusivamente no âmbito deste trabalho, podendo a mesma ser interrompida sempre que um dos intervenientes o desejar. Se pretender, no final do trabalho, ser-lhe-á entregue a gravação áudio e os resultados deste estudo. A entrevista será realizada na unidade de medicina materno fetal. Os ficheiros de dados serão guardados pela investigadora durante cinco anos e destruídos no final deste período.

**Condições e financiamento:** a participação no estudo tem um carácter voluntário, não havendo prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Não implica qualquer custo para o participante. Este estudo mereceu parecer favorável da comissão de ética para a saúde do centro hospitalar de lisboa central e da comissão de ética para a investigação nas Áreas da Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora.

**Confidencialidade e anonimato:** está garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; assim como o anonimato (não registo de dados de identificação).

Como investigadora agradeço desde já a sua participação,

Ana Paula Canelas Santana, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Unidade de Medicina Materno Fetal do Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Qualquer contato no âmbito deste estudo poderá ser realizado via telefone: 964441726 ou por endereço eletrónico: anapsantana@gmail.com

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.*

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>17</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>18</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



# **ANEXOS**

**Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética para a Investigação nas Áreas da  
Saúde Humana e Bem-estar da Universidade de Évora**



**Comissão de Ética para a Investigação Científica  
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar  
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Manuel Agostinho Fernandes, Professora Doutora Sandra Leandro e Professor Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

**Parecer Positivo**

para a realização do Projeto "*O nascimento prematuro: contributos do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na preparação pré-natal e na transição para a parentalidade*", dos investigadores Prof.ª Doutora Maria da Luz Barros (responsável) e Ana Paula Canelas Santana.

Universidade de Évora, 29 de Novembro de 2017

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

**Anexo 2 – Parecer do Conselho de Administração do Centro Hospitalar  
Universitário de Lisboa Central**

## COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

### Parecer

Data: 21.02.2018  
Processo n.º 536/2018

**Título: "O nascimento prematuro: contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na preparação pré-natal e na transição para a parentalidade"**

**Relator:** Sandrina Bento, Enf

**Investigador principal:** Ana Paula Canelas Santana, Enf

**Local:** UCI Neonatologia, Maternidade Dr Alfredo da Costa

**Fundamentação:** Nos últimos anos tem-se registado em Portugal um aumento da percentagem de nados- vivos prematuros. O nascimento de uma criança prematura representa um acontecimento inesperado para os pais e é gerador de sentimentos intensos, podendo culminar numa crise emocional. O enfermeiro assume uma importância fundamental ao favorecer a adaptação dos pais ao seu novo papel, promovendo a relação precoce pais/recém-nascidos. A escolha desta temática surge, por parte da investigadora, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia no processo de cuidar da mulher/família, preparando-os para a transição para a parentalidade, aquando do nascimento prematuro.

**Objetivo:** Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem especializados prestados, no período pré-natal, à mulher/família e na transição para a parentalidade prematura, em situação de internamento.

**Objetivos específicos:** **1-** Uniformizar os cuidados de enfermagem na preparação pré-natal à mulher/família em situação de ameaça de nascimento prematuro; **2-** Capacitar a mulher/família para desenvolverem ações que facilitem a transição para a parentalidade prematura.

**Amostra:** Enfermeiros a exercer funções na Unidade de Medicina Materno Fetal e mulheres/famílias internadas na UMMF por ameaça de parto prematuro

**Crítérios de inclusão:** Enfermeiros da UMMF- Experiência profissional de pelo menos 2 anos; experiência profissional na área da Saúde Materna e Obstétrica de pelo menos 1 ano; ter finalizado a integração na UMMF. Mulheres/famílias- Nacionalidade portuguesa; idade superior a 18 anos; gravidez vigiada; gravidez com pelo menos um episódio de ameaça de parto prematuro, que implique internamento na UMMF; gravidez de feto/RN sem malformações ou doenças congénitas: primeiro filho prematuro

**Processo de recolha de dados:** entrevista não estruturada

**Consentimento informado e esclarecido:** pouco esclarecedor quanto ao objetivo do estudo

**Parecer do Responsável da Área/ Especialidade/Unidade:** Tem parecer favorável dos respectivos responsáveis da Área da Mulher, Criança e Adolescente

**Apresentação e divulgação do trabalho:** a investigadora prevê a divulgação dos resultados em contexto de formação em serviço e publicação de um artigo científico.

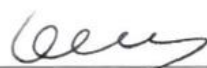
1/2

**Parecer:** O estudo submetido a análise insere-se no projeto de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria e tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetria no processo de cuidar da mulher/família, preparando-a para a transição para a parentalidade aquando do nascimento prematuro. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com recurso à entrevista não estruturada como instrumento de recolha de dados. O formulário de consentimento informado contempla a intenção de gravação áudio e apresenta linguagem clara, objetiva e acessível. Está assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Tem parecer favorável dos respectivos responsáveis da Área da Mulher, Criança e Adolescente.

**Conclusão:**

O presente estudo não levanta questões do ponto de vista ético, respeitando as normas de boa prática clínica e encontra-se de acordo com a Declaração de Helsínquia e posteriores actualizações, pelo que se entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética

  
(Gonçalo Cordeiro Ferreira)

  
O Conselho  
autoriza.

PRESENTE À SESSÃO DO	01/03/2018
CA. 17	
A Presidente	
Aux. Escolar	
O Vogal	
Aux. N.º 1	
O Vogal	
Aux. N.º 2	
O Diretor Clínico	
Luís Nunes	
A Enf.ª Diretora	
Armandina Antunes	
ATA Nº	09/2018

2/2

P A Z Z Y